Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. 1 No. 2 LIMA, DICIEMBRE 1964

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Profesor Titular Principal	*Dr. Carlos Alberto Seguín*
Profesor Asociado	*Dr. José Max Arnillas Arana*
" "	*Dr. Renato Castro de la Matta*
" "	*Dr. Oscar Valdivia Ponce*
" "	*Dr. Sergio Zapata Agurto*
Profesor Auxiliar	*Dr. José Alva Quiñones*
" "	*Dra. M. A. Silva de Castro*
" "	*Dr. Alberto Cabrera*
Encargado de la Coordinación	*Dr. Max Silva Tuesta*
Jefe Instructor	*Dr. Ethel Bazán Vidal*
" "	*Dr. Andrés Cáceres Bedoya*
" "	*Dra. Judith Calenzani Castillo*
" "	*Dr. Augusto Colmenares Murrugarra*
" "	*Dr. César Delgado Hurtado*
" "	*Dr. Hugo Díaz Vásquez*
" "	*Dr. Enrique Ghersi Belaúnde*
" "	*Dr. Walter Griebenow Estrada*
" "	*Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira*
" "	*Dra. Elia Izaguirre León*
" "	*Dr. Humberto Napurí Jordán*
" "	*Dr. Alberto Péndola Febres*
" "	*Dr. Saúl Peña Kalenkautzky*
" "	*Dr. Rubén Ríos Carrasco*
" "	*Dr. Oscar Ríos Reátegui*
" "	*Dr. Carlos Saavedra Suescum*
" "	*Dr. Hildebrando Salazar Inga*
" "	*Dra. Antonia Sánchez*
" "	*Dr. Francisco Vásquez Palomino*
" "	*Dr. Roberto Villalón Rodríguez*
Psicólogo Clínico	*Dr. Juan Antonio Robles*
" "	*Dr. Hilarión Tovar Narrea*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

PERSONAL DOCENTE

Profesor Asociado encargado de la Asignatura	*Dr. Raúl Jerí*
Profesor Asociado	*Dr. Jacobo Silbermann*
" "	*Dr. Rodolfo Landa*
Profesor Auxiliar	*Dr. Manuel Pizarro*
" "	*Dr. Luis Aspauza*
Jefe Instructor	*Dr. Leoncio Acosta*
" "	*Dr. Pedro Ortiz*
" "	*Dr. César Sánchez Montenegro*
" "	*Dr. Eugenio Villar*
" "	*Dr. Luciano Vise*



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. I, Nº 2 | DICIEMBRE, 1964 | LIMA, PERU

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. I, Nº 2 DICIEMBRE, 1964 LIMA, PERU

CONTENIDO

ARTICULOS

Pág.

DOCUMENTOS

REVISTA DE REVISTAS

PREFACIO AL LIBRO "AMOR Y PSICOTERAPIA"

PROFESOR MEDARD BOSS *

Publicamos a continuación el prefacio que el Profesor Medard Boss ha escrito para las ediciones inglesa (Libra Publishers, Inc., Nueva York) y alemana (Hans Huber, Berna y Stuttgart) ya en prensa, a la obra "Amor y Psicoterapia" del Dr. Carlos Alberto Seguín.

Los médicos de nuestros tiempos, antes de Sigmund Freud, trataron, de todas maneras, de pasar por alto los aspectos afectivos en su relación con sus enfermos. Quisieron mirar las emociones de sus pacientes y las suyas propias como meras complicaciones que sólo podrían convertirse en factores de disturbio en el establecimiento de un diagnóstico científico y un tratamiento objetivo.

Freud fué el primero en hablar científicamente acerca de los fenómenos afectivos que se hallan esencialmente unidos a toda relación médico-paciente. En realidad, él descubrió que la relación emocional entre el médico y su enfermo es el elemento básico en todo tratamiento, en particular en la psicoterapia. Llegó aún a hablar de amor y odio en conexión con este tópico.

---

* Presidente de la Federación Internacional de Psicoterapia Médica, Profesor de la Universidad de Zürich.

Si este descubrimiento freudiano corresponde al real estado de cosas en la esfera de la práctica médica, deberá, en realidad, producir nada menos que una reorientación completamente nueva de la ciencia médica, conduciéndonos lejos de los hallazgos físicos y mensurables hacia lo que no puede ser medido, al mundo de los estados de ánimo, de los afectos, la simpatía, del amor y el odio, como los rasgos básicos de toda relación y, por supuesto, la del médico con su paciente.

La ciencia médica no se encontraba, de ninguna manera, lista para tal conclusión. Se hallaba completamente fascinada por el acercamiento a los fenómenos de nuestro mundo que Galileo y Newton habían iniciado algún tiempo antes. Su nuevo método de investigación, sin embargo, había sido originalmente dirigido solamente hacia las cosas sin vida y, lo que es más, su principal propósito era asegurárselas para colocar nuestro mundo bajo el poder del hombre. Por supuesto que ese fin solamente podía alcanzarse reduciendo todo intelectualmente a términos puramente cuantitativos, ya que solamente las cantidades pueden ser exactamente medidas, calculadas y predichas.

Este mismo método científico de nuestro tiempo —siendo tan extremadamente útil frente a las cosas sin vida— fue aplicado bien pronto también por las ciencias del hombre, particularmente por la ciencia psicológica y psicopatológica. Pero, al hacerlo, no se tomó en consideración que su objeto, la naturaleza del hombre, es completamente diferente de las cosas sin vida. Este método científico, tomado tan sin reflexión de un campo de observación completamente distinto, estaba, pues, destinado, desde el comienzo, a no captar algo tan específicamente humano como, por ejemplo, el amor o la confianza, o la comprensión de las relaciones interpersonales. Sin embargo, el método científico natural de investigación fue —en la época de los grandes descubrimientos de Freud— considerado como el único capaz de alcanzar el conocimiento, el único acercamiento científico, y se puso muy poca o ninguna confianza en la experiencia personal inmediata. Por lo tanto, todo lo que no pudiera ser conocido por medio de este método "científico" era, desde el comienzo, desvalorizado al status de algo no lo bastante real o, por lo menos, completamente no científico; algo "puramente subjetivo", no lo suficientemente respetable para merecer mención.

¿Puede sorprendernos, pues, que aún el descubridor del significado

terapéutico de la relación afectiva entre el médico y su paciente se arrepintiera de su propio coraje?. El hecho es que Freud buscó inmediatamente el modificar teóricamente el fenómeno de la relación interpersonal que había traído a la luz. Buscó librarse de ella como tal explicándola científicamente, causal-genéticamente, psico-dinámicamente y privarla, así, de su propia realidad. Sobre todo, su invención de nuevos términos técnicos sirvió como medida protectora. Con su ayuda, Freud reinterpretó el terreno básico de toda la práctica médica para convertirlo en algo apenas "transferencial", en "transferencia" y "contratransferencia", asumiendo, al hacerlo, que los sentimientos que el analista y el analizado experimentan el uno por el otro, dentro de la situación analítica, no se dirigían "en realidad" al interlocutor de hoy, sino que pertenecían aún al padre o a la madre o a otra figura de la niñez. Esos efectos habrían sido solamente transferidos de su objeto genuino, las figuras infantiles, al analista o al analizado para evitar la emergencia consciente de relaciones incestuosas dolorosas y vergonzantes. Así, la relación afectiva interpersonal entre el médico y su paciente fue robada hipotética e inmediatamente de su autenticidad; fue calificada como un "falso acoplamiento de afectos", un "engaño", una cosa "irreal" y, así, degradada al estado de algo que debería ser, tan rápidamente como fuera posible, reconocida por paciente y médico como una ilusión y hecha desaparecer analíticamente.

Esta hipótesis de la transferencia, sin embargo, se halla muy lejos de tocar la naturaleza real de la relación médico-paciente en psicoterapia. Se trata de una construcción intelectual injustificable. Esto puede ser demostrado de una manera impresionante si nos referimos a las numerosas contradicciones en que Freud se vió envuelto cuando trató de aplicar su idea de la transferencia.

Freud ofreció al psicoterapeuta no menos que tres argumentos que le permitirían convencer al analizado y convencerse él mismo del carácter ilusorio, de la irrealidad, del "amor de transferencia" y de las falsas relaciones entre los sentimientos y sus objetos que se encuentran en su estructura. Primero, sostiene Freud, se puede hacer ver claramente al analizado que, en tal momento de la picoterapia, no existen razones para la producción de sentimientos reales de amor u odio. Luego, se le puede señalar que, si existiera una relación amorosa real, ello llevaría al paciente a tratar de cumplir con los pedidos del analista y, más precisamente, con la regla básica del psicoanálisis, simplemente porque el amado desea que esa re-

gla sea cumplida, en lugar de, como lo hace el analizado, demandar egoístas pruebas de amor de él. Finalmente, la falsedad del "amor de transferencia" debería reconocerse en el hecho de que él no posee un simple rasgo nuevo que se desprendería de la situación actual, sino que se halla compuesto totalmente de repeticiones y copias de reacciones tempranas, infantiles.

Sin embargo, Freud tuvo que conceder, inmediatamente, que, al adoptar este punto de vista, no había hecho justicia a la verdad. Realmente, el mismo Freud llega a decir que uno no tiene derecho, después de todo, a negar el carácter de "amor auténtico" a la unión amorosa que ocurre al médico, el "diluir" su envolvimiento emocional con el paciente, para poder, así, mantener la distancia que mantiene un cirujano ante un órgano que debe operar. Aconseja al médico llegar a la total indiferencia hacia su paciente "suprimiendo todos los sentimientos de ternura" y aún le aconseja no negar esa indiferencia. Solicita, pues, el reducir la "contratransferencia", es decir, la relación emocional del analista hacia su paciente, a la "objetividad" de un espejo en relación con las imágenes en él reflejadas. Pero, en otra parte, contradiciéndose, Freud mismo nos previene contra el dar, por el mero hecho de que lo amamos, demasiado poco a nuestro paciente ya que eso sería, no solamente una injusticia hacia él, sino nada menos que un error técnico de parte del médico. (1)

En realidad, Freud no pudo apoyar su interpretación de las relaciones afectivas entre psicoterapeuta y paciente como "transferencia" y "contratransferencia" en un solo hecho. Queda, más bien, como una hipótesis puramente intelectual y una especulación con un carácter obviamente auto-protector.

La hipótesis de la transferencia-contratransferencia tiene, por otro lado, una indemostrable pre-condición. Ella parte de la base de que hay algo como afectos aislables, en el sentido de entidades psíquicas con existencia propia, en la mente humana. Solamente tales entidades pudieran ser desprendidas de lo que estuvieran anteriormente unidas y transferidas a alguna otra parte. En realidad, sin embargo, los conceptos de afecto

(1) S. Freud: Benerkungen über die Ubertragungsliebe. Ges. Schr. Leipzig, Viena, Zürich, 1925, Vol. VI, pag. 127, 129-30; Wege der psychoanalitische Therapie.
Ibid: p. 142 y H.D. Tribute to Freud, New York, 1956, p. 21.

y afectividad, empleados con tanta ligereza por los psicólogos modernos son, básicamente, apenas abstracciones intelectuales concretizadas. Esas abstracciones derivan del hecho de que cada relación humana posee, siempre y esencialmente, su propio tono. La noción de un desplazamiento o una "transferencia" de algo que ni siquiera existe factualmente, sino que es apenas supuesto, debe, necesariamente, conducir a un callejón sin salida científico.

Es verdad que *la forma* de las demandas amorosas de los analizados neuróticos es infantil y permanece tal hasta la edad adulta y durante el análisis, debido sea a la inhibición constitucional de la capacidad de desarrollo, sea a influencias parentales desfavorables. Es cierto, igualmente, que, a veces, *la forma* de la conducta del analista muestra también uno u otro rasgo infantil. Sin embargo, tal distorción de las relaciones médico-enfermo no prueba, de ninguna manera, que las relaciones en sí mismas —todo lo deformadas que ellas fueran— no se refieran a la real, personal y presente, y que sean "básicamente" y "actualmente" dirigidas hacia una y otra figura de la niñez del paciente. Mucho menos puede tal distorción justificar la especulación de que toda la conducta infantil en el análisis es solamente un "acting-out" producido fundamentalmente por uno u otro de los participantes como una resistencia contra el recordar las reprimidas, pero aún presentes, relaciones afectivas con los padres. Por otra parte, es fácil ver que cada persona que ha permanecido infantil se las arregla para percibir en todas las personas del presente —incluídos el analista y el analizado— solamente las maneras patogénicas de conducta que sus padres mostraron una vez y por medio de las que produjeron una "restricción de visión" neurótica. Por supuesto que esta "restricción de visión" permanece como uno de los más decisivos punto de partida para todo el trabajo terapéutico, como Freud nos ha enseñado con su "análisis de las resistencias", pero ese mismo hecho no es un argumento a favor de la "transferencia" o la "contratransferencia" de Algo a Algo, que no sería lo verdadero, puesto que todos se relacionan, siempre e inmediatamente, a lo que perciben o se representan mentalmente en un momento dado —intelectualmente— sin relación a cuán seria y patológicamente restringido y distorsionado pueda estar su campo de visión.

La debilidad del segundo supuesto argumento por medio del cual Freud trata de probar la falsedad de los sentimientos de "transferencia" en la psicoterapia, es también sorprendente. Freud escribió que el "amor

de transferencia" era irreal, inauténtico, un falso acoplamiento de un viejo afecto con un objeto actual que no era el real recipiente intentado, porque "la situación de la terapéutica no da motivo para la aparición de sentimientos de amor u odio". Sin embargo, la terapéutica analítica, como tal, ofrece siempre una relación tan enormemente permisiva para el paciente, así como, al mismo tiempo, una no menos grande negación, que sentimientos de amor y odio hacia el analista y hacia el paciente se hallan motivados por esa situación misma, por lo menos tanto como por cualquier forma de relación niño-padres. ¿O es qué hay otra clase de relación personal similarmente permisiva en la cual una persona adulta se halla frente a la otra tan intensiva e imperecederamente como el analista para el analizado en un análisis? ¿Hay otra relación en la qué un partícipe se esfuerce tan incansablemente, como en el psicoanálisis, en negar a la otra toda persistencia, por comoda que ella sea, en modos de conducta neuróticos?

El último de los tres argumentos freudianos contra la autenticidad del llamado amor de transferencia tampoco es convincente. Solo un amor muy maduro —no, por supuesto, la forma inmadura de amor que distingue a cada neurótico— sería capaz de renunciar a todo impulso egoísta en beneficio del amado y querría cumplir con la regla básica del análisis. Inmadurez y falsedad, son, sin embargo, dos cosas enteramente diferentes.

Lo que la concepción de Freud acerca de la transferencia y la contratransferencia hizo de la relación entre el médico y su paciente es, además, no solamente insostenible e imposible de probar teóricamente; su aplicación tiene también, con frecuencia, consecuencias severas y desastrosas en el plano de la práctica terapéutica. Ello es fácil de comprender si consideramos que la hipótesis de la "transferencia" destruye precisamente aquello que el analizado experimenta como la cosa más valiosa y auténtica, sus sentimientos hacia el analista y los degrada al status de mera ficción. Y ésto en relación con neuróticos a quienes, de todas maneras, se les ha hecho ya dudar de sus sentimientos de auto-estima.

Es también deletéreo para la psicoterapia el intento del médico de librarse analíticamente de sus propios sentimientos de simpatía o amor hacia su paciente, la llamada "contratransferencia", porque los considera también teóricamente, como meramente "transferidos" afectos infantiles que no tienen importancia y que aún, en principio, son dañinos. Solo puede resultar de estos propósitos una nociva auto-violación y una obscurecedora deshonestidad.

Naturalmente, la hipótesis de Freud sobre la transferencia ha sido discutida a menudo. Pronto, muchos de sus propios discípulos buscaron —en la relación médico-paciente— distinguir una porción neuróticamente transferida, de una normal, no transferida. Más tarde, en una "psicología antropológica", se substituyó la noción de la "transferencia" y "contratransferencia" por la idea de un "encuentro" de dos sujetos o dos personas. También, gustó hablar de una relación Yo-Tu o Nosotros, pero, estos auto-nombrados psicólogos "antropológicos" fallaron en explicarnos lo más esencial: olvidaron definir la constitución básica, la naturaleza, de las entidades por ellos nominadas— los sujetos, las personas, "Yos" y "Tus"— de una manera que se nos hiciera clara su capacidad de "encontrarse". Por el contrario, en sus trabajos, hallamos una vaguedad y falta de claridad chocantes sobre estos sus nuevos básicos términos psicológicos. Se adscribe, meramente, una totalidad y unidad de su Yo y Tu, su sujeto o persona, a los que hallamos junto a una consciencia, una voluntad libre y una responsabilidad, pero esa totalidad y unidad permanecen como designaciones puramente formales y no dicen, ellas mismas, nada que nos habilite para comprender el ser-capaz-de-tener una consciencia, libertad y responsabilidad. Nada nos enseñan, tampoco, acerca de la naturaleza de la consciencia misma, ni de su relación con el sujeto, la persona, el Yo ni nada sobre su capacidad de establecer contacto con los objetos del mundo exterior. No leemos nada, por último, realmente importante sobre en qué consiste la libertad humana y a quién o qué responsabilidad es debida.

Por supuesto que la psicología moderna, habiendo llegado a ese camino, se valió de un "inconsciente" personal y aún colectivo. Los psicólogos llenaron estos supuestos sistemas psíquicos con todas las necesarias suposiciones que parecieron útiles para hacer conecciones causales contínuas entre fenómenos psíquicos percibidos y causas específicas, que se presumía que se escondían detrás de ellos, pero, si la noción misma de una consciencia y su lugar en la naturaleza del hombre y sus conecciones con el mundo está lejos de hallarse clarificada y comprensible, ¿cómo puede la mera negación de una cosa tan obscura ayudarnos en nuestra comprensión del ser humano?

¿Cómo podemos decir algo significativo sobre la naturaleza de las relaciones entre dos personas, mientras la comprehensión de la constitución básica de las personas inter-relacionadas permanece velada en tal obscu-

ridad? No es de extrañar, pues, que los psicoterapeutas hayan buscado siempre evadir la discusión fundamental del factor realmente curativo en sus métodos de tratamiento, es decir, su propia relación afectiva con sus pacientes y hayan visto, cada vez más, la investigación de este fenómeno como una cuestión periférica.

En estas tristes circunstancias, nuestra ciencia debe considerarse muy afortunada de que se le presente, al fin, un estudio del amor del psicoterapeuta por sus pacientes, un estudio que lleva la reflexión hasta el núcleo mismo del problema de la psicoterapia, la relación médico-paciente, en una forma radicalmente nueva. Busca reemplazar los hace tiempo pasados de moda conceptos de transferencia y contratransferencia por una designación más adecuada al fenómeno. Su autor es el médico Carlos Alberto Seguín y ese hecho por sí solo asegura que se trata de un trabajo serio y exhaustivo. Seguín es la más destacada figura en psicología médica y psicoterapia de la América Latina. Es Profesor y Director del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú. Una preparación en psicología médica se requiere allá a todos los estudiantes de Medicina desde el primero hasta el último año de sus estudios. Esta, ciertamente, es una situación ejemplar, de lo más estimulante para una revisión de la preparación médica en la vieja Europa, donde una tradición demasiado materialísticamente atada impide el desarrollo de una medicina verdaderamente humana. De todas maneras, gracias a este progresivo camino de preparación médica en el joven país del Perú, el autor ha sido capaz de reunir una riqueza de hallazgos concernientes a las relaciones interpersonales que necesita muy urgentemente ser conocido por los médicos en general y por los psicoterapeutas en particular.

En esta obra, Seguín establece primero una amplia base científica por medio de la investigación extensiva en las posibilidades humanas de relación interpersonal en su totalidad. Sobre esta base, es luego capaz de discutir las variadas actitudes de los médicos hacia sus pacientes cuando aplican las distintas formas de tratamiento. Finalmente, Seguín procede a aislar la especial y única relación del psicoterapeuta con su paciente, neurótico o psicótico, de todas las formas de amor humano abiertas al médico o al hombre, en general. La relación doctor-paciente, en psicoterapia, como Seguín la presenta, es tan especial, tan instructiva y paradigmática frente a todas las formas de relaciones humana, así como para todas

las relaciones médico-enfermo, que el autor le da un nombre distintivo: le llama "Eros psicoterapéutico". Su comprensiva y admirable designación se refiere a la estructura ideal deseada de la relación médico-paciente por el médico promedio, ni aún por el psicoterapeuta promedio. Un estudio de este trabajo es, pues, por esta razón misma, recomendado muy entusiastamente, no solamente a todos los médicos y psicoterapeutas, sino a todos los que, de alguna manera, tienen seres humanos bajo su cuidado.

Zürich, Diciembre de 1964

SOBRE UNA DEFINICION DE LA PSICOLOGIA MEDICA

*CARLOS ALBERTO SEGUIN**

Si las dificultades de cualquier definición son enormes, aquella que a la psicología médica se refiere es aún más difícil.

Debería, ante todo, partir de un conocimiento de lo que es *la psicología* y ese conocimiento no ha podido ser cristalizado en una definición universalmente aceptada. Las propuestas varían con cada escuela y casi con cada autor, desde las que se refieren a una "ciencia de la conducta" o "el estudio de la actividad consciente", hasta aquéllas que tratan de abarcar un campo menos parcial y limitado comprendiendo también el psiquismo inconsciente y la serie de manifestaciones llamadas espirituales. así como los aspectos de relación interpersonal y las concomitantes sociales y culturales de la vida humana.

Las dificultades para hallar una definición que merezca la aprobación de la mayoría se explican si pensamos que el objeto mismo del estudio psicológico es impreciso y variante segun el punto de vista del estudioso que de él se ocupa. Así, el "materialista" asegurará que se trata de fenómenos de fisiología cerebral, mientras que el "espiritualista" nos hablará de categorías extracorporales, trascendentes y totalmente distintas de los acontecimientos que la fisiología abarca.

Y ello porque la psicología no puede librarse de la base filosófica de su cultor y esa base varía, naturalmente, entre límites extremos.

Sería labor inútil emprender una crítica de los diferentes puntos de vista y no lo intentaremos, puesto que no es nuestro propósito el realizar un análisis de todas las posibilidades de enfoque teórico sino, más bien,

* Profesor Principal, Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

el evitar dificultades sobreimpuestas y sí ofrecer conceptos útiles para el estudiante y puntos de partida para quien deseare profundizar en el tema.

En ese afán, definiremos la psicología como EL INTENTO CIENTIFICO DE COMPRENDER AL HOMBRE.

Debemos analizar esta definición, si queremos, desde el comienzo, situarnos en una justa perspectiva. Veremos, entonces, que ese análisis nos conduce hacia los problemas fundamentales de nuestro estudio:

1. La psicología en *un intento científico*
2. La psicología trata de *comprender*
3. El objeto de la psicología es *el hombre*

En sucesivos capítulos nos referiremos a estos puntos de vista con el propósito de aclarar conceptos y fijar posiciones.

1. *La psicología como ciencia*

Desde los albores del pensamiento occidental, los estudiosos se preocuparon por el misterio de hombre y, por supuesto, por su pensar, sentir y actuar. Ese misterio, al igual que todos los otros del Universo, era un desafío a la inteligencia; como tal fue afrontado y la filosofía intentó resolver los problemas psicológicos como intentó resolver todos los otros problemas: por medio de explicaciones que usaban como método el razonamiento y creaban amplios y ambiciosos sistemas, abarcando, en su grandiosidad, el conocimiento de Dios y del hombre, del cielo y de la tierra.

Las intuiciones de los precursores, algunas geniales, se impusieron por muchos siglos y la psicología giró en torno a discusiones en las que se trataba más de probar una teoría general de que acercarse al hombre y comprenderlo.

La prevalencia de esa actitud se comprende si pensamos que la actividad humana no puede, por su misma naturaleza, estudiarse sin tomar en cuenta sus aspectos religiosos, políticos y morales y que ello hace más difícil aún apartarse de los conceptos filosóficos que tratan de resolver tan amplia problemática. Menos puede extrañarnos cuando pensamos que, aún en la actualidad, no hemos podido librarnos de esa influencia. Constantemente vemos cómo se apoya o combate una teoría psicológica, no por lo que tiene de probable desde el punto de vista de la metología de la ciencia, sino porque está o nó de acuerdo con determinada tendencia política, creencia religiosa o concepto moral.

La palabra psicología, si bien usada antes por Melanchton y Go-

clenius, se impone recién en el siglo XVI y es a Cristino Wolff a quien se debe su incorporación al uso corriente, subtituyendo términos como Pneumatología (de *pneuma*, espíritu, soplo, aliento, Leibnitz) o Psicosofía (de *sofos*, conocimiento, sabiduría, Becker). Es definida como "ciencia del alma" y esta denominación no evita el que se le trate con los métodos filosóficos. En el siglo XVIII se consideran dos ramas de la psicología: la empírica y la metafísica y aún Kant distingue una psicología racional de otra empírica, demostrando muy poca confianza en el porvenir de esta última.

Comte la considera luego como parte de la Biología, pero Spencer, en su clasificación, la independiza colocándola entre la Biología y la Sociología.

La separación de la Psicología de la Filosofía y su consideración como ciencia no se discuten ya, pero aún es motivo de controversia su ubicación precisa.

Quizás es necesario que nos detengamos aqui para tratar de comprender el significado y los alcances de este asunto, de fundamental importancia.

Ciencia (de *scire*), significa *saber*, pero, en realidad, se trata de una clase especial de saber para el que, provisoriamente, podemos aceptar la siguiente definición: *es el conocimiento sistemático de los fenómenos y de sus relaciones.*

Desde Bacon se ha tratado de obtener este conocimiento por métodos cada vez más rigurosos y con la aspiración a establecer leyes.

Ahora bien: a primera vista no hay nada que objetar a tal propósito y su aplicación a lo largo de los años ha producido una serie de conquistas admirables que, con razón, enorgullecen al hombre.

Desgraciadamente, las exigencias del método mismo han ido conduciendo al estudioso a restringir cada vez más el horizonte de su visión y a atomizar los fenómenos en su afán de aprehenderlos más facilmente. Por otra parte, el conocimiento ideal —puesto que es el que más se presta a la simplificación, unificación y manejo— es el que puede resolverse en términos matemáticos, lo que ha llevado a considerar como el desideratum de la ciencia la reducción matemática de los fenómenos y, por lo tanto, su cuantificación. Trae ello consecuencias graves: la pérdida de la visión del todo, el sacrificio de la consideración de los hechos en su temporalidad y la ignorancia de la cualidad. Veamos lo que ésto significa:

1. La primera deficiencia ha sido vista, comprendida y, en parte superada cuando se planteó y se llevó a la realización experimental la teoría de la Gestalt. A ello nos referimos más adelante.

2. En lo que a la permanencia temporal se refiere, es *HAERING* el que más brillantemente nos ha hecho ver el peligro. La continuidad de un fenómeno en el tiempo es mutilada si se le quiere someter al estudio "científico" con aspiración matemática. "La experiencia nos muestra —dice HAERING— que podemos comprender tanto mejor, en profundidad y exactitud, la estructura de la realidad material-inorgánica, cuanto más seamos capaces de considerarla como un resultado de alteraciones espaciales y cuantitativas de sus elementos integrantes"; lo que nos obliga a romper la unidad temporal y destruir, de esa manera, la realidad de los fenómenos.

3. La ceguera ante la *calidad* se deriva de la necesidad de encuadrar *cuantitativamente* el conocimiento, más aún si ese conocimiento debe traducirse en relaciones causales. "Creo que la esfera de aplicación de esta categoría se halla esencialmente reducida a las relaciones cuantitativas, pues entre las sucesiones regulares que nos son dadas por la experiencia, solo podemos destacar como causales aquellas en que, a una modificación mensurable del proceso designado como 'causa', sigue otra proporcional del que designamos como 'efecto'. Esto significa que *la aplicación del principio causal queda reducida a la de un mundo cuantificable*" (O. SCHWARZ).

La ciencia ha ido, pues, "creando" un mundo propio, un mundo mutilado y, así, alejándose cada vez más de la vida para manejarse en un ambiente de abstracciones y símbolos que no tienen contacto directo con la realidad. La ciencia ejemplar, la Física, es actualmente una disciplina que se desarrolla en un gabinete, que resuelve sus problemas por medio de un cerebro electrónico y que vuelve a la naturaleza, de la que partió, solamente para aplicar sus resultados.

Quiere decir, pues, que el producto de este progresivo cientificismo ha sido una renunciación dolorosa al conocimiento real, —que desborda lo cuantificable— renuncia de la que el hombre debe consolarse pensando en las ventajas materiales que le reporta.

Por otra parte, el mito de la ciencia estableciendo orden en el caos del saber y hallando las leyes inmutables del cosmos se ha deshecho ya. La Física —y volvemos al prototipo de la ciencia natural— reconoce que el determinismo estricto no existe; que al nivel molecular (y, por supues-

to, más aún a niveles atómicos o electrónicos) sus leyes no son sino leyes de probabilidad y que es incapaz de predecir acción particular alguna.

Y si ello es así en las disciplinas que podrían considerarse más adaptables al método cuantificador, se hace brutalmente manifiesto en las que, como la psicología, tienen que ver con materias mucho más complicadas y, sobre todo, mucho menos simplificables.

Añadamos que, si en las disciplinas que estudian los fenómenos naturales puede aún aceptarse ese alejamiento de la vida, en aquellas que con la vida misma tienen que ver, el intento es absurdo. Por ello, la Biología, la Medicina y, sobre todo la Psicología no pueden, apesar de todos los intentos, aceptar los moldes limitados y limitadores expuestos.

Recordemos aqui que DILTHEY planteó una precisa diferenciación entre dos clases de ciencias: las de la naturaleza (Naturwissenschaften) y las del espíritu (Geisteswissenschaften). Las primeras tratan de *explicar* los fenómenos; las segundas se dirigen a *comprenderlos*. La explicación corresponden a los hechos naturales y para llegar a ella puede uno valerse de análisis, esquemas y fórmulas, obteniendo, de esta manera, secuencias "causales". Los fenómenos "espirituales" y entre ellos, por supuesto, los psicológicos, por el contrario, no se aprehenden parcialmente, "a pedazos", sino que se captan como un todo, como realidades vitales no desmembrables ni conceptualizables: podemos *comprender* a un hombre solamente cuando somos capaces de captar su intencionalidad, el sentido de su vida. Si nos valemos de otro ejemplo; jamás podremos "explicar" la belleza de un cuadro pictórico. Los estudios analíticos más exhaustivos nos dirán mucho acerca de los detalles de su factura, pero habrán anulado el cuadro como "obra de arte".

Apesar de todo ello existen aún pensadores que asimilan la Psicología a las ciencias naturales (Pavlov y su escuela, por ejemplo) pero la mayoría la separan tajantamente de ellas en cuanto a métodos y posibilidades. Insisteremos sobre este punto en el próximo capítulo.

No concluiremos, sin embargo, sin referirnos a un complemento de de esta parte de nuestra definición. Hemos hablado de un "*intento científico*" y la primera palabra tiene también su razón de ser. Pone énfasis en la búsqueda que caracteriza el quehacer psicológico. *Intención*, como su etimología lo indica (*intentio*, de *tendere*, tender hacia algo), señala el hecho de que se trata, no de una realización concluída, ni de una labor terminada, sino de una constante búsqueda del conocimiento. Si las ciencias todas son caminos abiertos hacia la verdad, acaso la psicología, más

que ninguna, deba mantenerse alerta ante su situación de permanente inquisición, de in-tensión inquieta.

Así, pues, la psicología es un intento de comprender al hombre, pero se distingue de otros intentos de comprenderlo, el filosófico, por ejemplo, o el teológico, *por su categoría científica.*

2. *Del método de la psicología*

Si continuamos el análisis de nuestra definición, veremos que ella nos habla de un intento científico de *comprender* al hombre y nos obliga a referirnos al o los métodos que ese intento emplea.

Si la psicología es una ciencia, debe usar los métodos científicos. Desgraciadamente, para la mentalidad corriente de nuestros días, no existe la diferencia a que nos hemos referido, entre ciencias naturales y ciencias del espíritu y, por el contrario, el concepto de *ciencia* ha llegado a confundirse con el de *ciencia natural*. Así, solo se considera científico aquello que puede estudiarse y manejarse con la metodología de esta última.

Si esa posición es peligrosa en general, lo es más aún en el ámbito de la Medicina, en el que la mayor parte de las disciplinas son consideradas dentro de las ciencias naturales, despreciando matices sutiles pero importantes.

La era del positivismo, que dominara la segunda mitad del siglo XIX y dejara tanta huella en la cultura de nuestros tiempos, postuló la necesidad de un concepto unitario de la realidad y, por lo tanto, de un método único para su estudio. Si todos los fenómenos podían reducirse a dimensiones medibles y cuantificables, los métodos de elección eran, naturalmente, aquéllos que permitían, ante todo, esa reducción y, luego, el manejo de cantidades y dimensiones. El *ideal* fué, pues, el esquematismo matemático y la *aspiración* el hallar procedimientos para manejar los fenómenos como fórmulas y cifras.

El espíritu simplificador y abstractivo del hombre encontró en este procedimiento una meta y, naturalmente, pensó, bajo la influencia del positivismo, en reducir todos los fenómenos a las mismas categorías y resolver todos los problemas con la objetividad infalible del símbolo y el número.

Bien pronto se vió, sin embargo, que ello no podía ser. Si bien los positivistas irreductibles que aún existen (cada vez son menos) preten-

den que no se trata de una imposibilidad real, sino de que todavía no hemos llegado a encontrar la fórmula justa, la mayor parte de los estudiosos han renunciado a una equivalente simpificadora tan cómoda y reconocen que no pueden reducirse todos los fenómenos a ecuaciones, ya que algunos deben ser estudiados mediante métodos distintos.

En cuanto a la biología, en todo lo que ella tiene que ver con la física y la química, la reducción matemática es posible y, en algunos casos, ha sido lograda, pero, más allá, existen solamente intentos que se hallan aún lejos de concretarse en realidades indiscutibles. Bien es verdad que los conocimientos más avanzados de la química biológica —la estructura y función de los ácidos nucleicos y, sobre todo, del grupo de los ribonucleicos— señalan un camino hacia metas similares, pero la esencia misma de los fenómenos vitales no puede ser reducida a funciones matemáticas, aunque los detalles sean cada vez más encuadrados en ellas.

En el otro extremo se encuentran las ciencias sociales. En ellas —la historia y la antropología cultural serían un ejemplo— todo intento de "matematización" (permítasenos el término) no solamente está condenado al fracaso, sino que traiciona el espíritu mismo de la búsqueda.

Entre la biología y las ciencias sociales —ya lo vió Spencer— se hallan las ciencias psicológicas cuyos métodos deben adaptarse a sus características particulares.

Sin embargo, en una comprensible aspiración (comprensible desde el punto de vista ya referido de considerar como ideal a imitar el de las ciencias naturales), de librar a la psicología de "subjetivismo", se ha tratado de aplicar en ella los métodos usados con éxito tan brillante en las otras ramas del saber.

Conocemos bien cómo la experimentación en animales y en seres humanos —base de la, en un momento, tan socorrida "psicología fisiológica"— y los procedimientos estadísticos, ocupan aún un lugar importante como métodos psicológicos. Debemos saber también que ellos no bastan; que el objeto de estudio, el ser humano, transciende las posibilidades cuantificadoras y que las características mismas de los fenómenos a estudiar hacen necesaria la búsqueda de nuevas vías de acercamiento y distintas posibilidades de investigación. Ellas, luego de las anticipaciones de DILTHEY y las brillantes demostraciones de la psicología de la Gestalt, nos han sido planteadas por la fenomenología y el existencialismo.

DILTHEY, ya lo vimos, afirma que la explicación solo puede apli-

carse a las ciencias de la naturaleza, mientras que, para aquellas que se ocupan de las manifestaciones espirituales, se necesitan otro método distinto: la comprensión. Nos encontramos, pues, ante dos concepciones del conocer distintas y opuesta: *al explicar un fenómeno, lo hacemos refiriéndolo a modificaciones de sus elementos en el tiempo; al comprenderlo, lo captamos en su integridad en el presente y en sus relaciones actuales.* Podemos explicarnos la explosión de la bomba de hidrógeno refiriéndonos a las diferentes reacciones que se suceden entre las partículas subatómicas; solamente *comprenderemos* un paisaje o un poema si somos capaces de intuir su sentido.

Los estudiosos que postularon la teoría de la Gestalt fueron más allá al afirmar que *no existe explicación alguna que no implique una comprensión previa. Para decir que explicamos, tenemos que haber comprendido que se trata de una explicación y no de otra cosa lo que estamos presentando.*

Esta afirmación es, no solamente compartida, sino llevada a sus últimas consecuencias por los fenomenólogos. Para ellos la comprensión, la captación total del fenómeno, es el verdadero modo del conocimiento. La explicación es apenas una forma parcial y limitada que depende siempre de la comprensión. Más necesitamos explicar cuanto menos comprendemos, de manera que, si somos capaces de captar la realidad del ser, la explicación se hace, si no innecesaria, intrascendente.

Si estas consideraciones han sido planteadas frente a todo conocimiento, fácil es ver su importancia en psicología. La explicación, el intento de conocer al ser humano analizando sus fenómenos psicológicos y relacionándolos causalmente en el tiempo —análisis que puede llegar hasta la bio-química y relación que es capaz de ser conducida hasta las "ecuaciones personales"— sacrifica lo que trata de conocer: el hombre como tal, que solamente puede ser captado integralmente, mediante la comprensión.

Hay más aún. La comprensión se dirige hacia el *por qué* de las cosas mientras que la explicación, al perder el contacto con su esencia, se pierde en buscar el *cómo* de ellas. Y es el por qué el que nos conduce al núcleo central de los fenómenos humanos.

¿Quiere ésto decir que debemos renunciar a todo método que no sea la comprensión intuitiva de los fenómenos psicológicos? Decididamente nó, pero debemos, sí, ser conscientes de que las explicaciones y los procedimientos que nos las ofrecen son apenas intentos de captación parcial

que pueden aclararnos aspectos limitados de los fenómenos en estudio pero que no pueden substituir a la comprensión integral de ellos, única llena de sentido y significación.

No vamos a repetir aqui un estudio de los diferentes métodos de la psicología; los conocemos bien y su enumeración bastará como un recuerdo: la "instrospección", la observación, la experimentación, en todas sus variantes, los métodos estadísticos, etc.

3. *La Psicología como ciencia del hombre*

Al referirnos, en nuestra definición, a la comprensión *del hombre,* lo hacemos, no solamente para diferenciar la psicología humana de la animal, sino tratando de poner énfasis en algo ya señalado en el capítulo anterior.

La tendencia "explicatoria" ha dado origen a una psicología atomística que estudia "funciones" o "facultades", que separa la percepción, la atención o la memoria, las analiza, las somete a consideraciones estadísticas y fisiológicas y nos presenta una serie de conocimientos parciales, distorsionados e incompletos que pueden decirnos mucho de bioquímica, o biofísica pero que nos han escamoteado el hombre que comenzaran a estudiar. Todas estas maniobras, ingeniosas y plausibles, son útiles y aprovechables *siempre que no perdamos de vista que no se trata sino de acercamientos limitados y mutiladores que solamente tienen valor si se les considera en el contexto de una comprensión del hombre como tal.*

Y esa comprensión debe conducirnos más allá del hombre mismo: a su relación con sus semejantes y su mundo, relaciones sin las cuales no puede ni siquiera ser concebido como existente.

El hombre aislado es una ficción teórica, un absurdo artificio de laboratorio; *el hombre es hombre solamente cuando se le considera en relación con su mundo y se le estudia en conección con él.* .

Ese estudio distingue, una vez más, la psicología de las ciencias de la naturaleza. En estas últimas puede un observador —en algunos casos por lo menos— registrar los fenómenos que ante él ocurren y esa observación, si quiere evitar errores a veces graves, debe tomar en cuenta (aparte de las condiciones en que fue realizada) solamente la persona del observador.

La observación psicológica ofrece una dificultad más, la mayor parte de las veces insalvable: el observador no puede dejar de ser parte

del hecho observado. Su presencia altera los fenómenos mismos y, lo que es más, se establece una corriente circular por la cual cada modificación de una de las partes influye sobre la otra, modificándola a su vez. Así, una reacción del sujeto cambia la actitud del observador y este cambio altera a su vez la conducta del observado, que vuelve a influir sobre el observador, en una acción sin fin.

Decimos, pues, que la psicología es una ciencia del hombre y queremos con ello significar que no es un estudio elementarista de sus facultades o funciones, ni siquiera del hombre aislado, sino un intento de compresión que toma en cuenta su categoría de individuo ("individuum", lo que no puede ser dividido) y su característica de ser-en-el-mundo.

Pero, si ello es así, es indudable que no puede, de ninguna manera, considerarse a la psicología aparte de las otras ciencias que con el hombre se ocupan. Nótese que nuestra definición se presta, precisamente en este aspecto, a una crítica justificada: son intentos científicos de comprender al hombre, no solamente la psicología, sino la sociología y la antropología cultural, entre otras. La definición pecaría, pues, de imprecisa y vaga.

El reproche parece justificado, si no se tiene en cuenta que esa característica puede haber sido intencionada y que constituye, en lugar de un defecto, una ventaja: la evolución de la moderna psicología —como veremos más adelante— nos conduce cada vez más, no a una limitación tajante, que sería artificial, sino más bien al reconocimiento de relaciones entre todas las disciplinas que del ser humano tratan, puesto que, de acuerdo con lo expuesto, no puede pensarse en él sino en conección con los demás y con el ambiente en el que vive. Existe, pues, una estrecha y a veces inextricable unión entre la psicología y las ciencias que se ocupan, precisamente, con la interrelación humana. Si el hombre solo es concebible como ser-en-el-mundo, no podemos separarlo de éste para estudiarlo aunque nos esforcemos en hacerlo por razones didácticas. No hay psicólogo que no sea al mismo tiempo, y con razón, sociólogo y antropólogo, aunque fronteras metodológicas lo limiten artificialmente.

Las necesidades del estudio mismo hacen que esas fronteras se vayan haciendo menos precisas. El nacimiento y la importancia de la *psicología social* es un ejemplo claro, ya que ella se encuentra entre la psicología y la sociología de las cuales no la separan sino convenciones a veces insostenibles.

Un caso especial lo constituye la medicina. Se trata tambien de una ciencia, o de un conjunto de ciencias, del hombre, pero del hombre en circunstancias especiales que lo han llevado a lo que se conoce como *enfermedad.*

La psicología debe y puede estudiar estos casos y se constituye asi en *psicología médica.* Creemos que para ella valen todas las consideraciones expuestas y que, por lo tanto, estamos autorizados a definirla como *el intento científico de comprender al hombre enfermo.*

De las relaciones de la psicología con la medicina

La psicología médica nos coloca ante la necesidad de adentrarnos en el conocimiento de las relaciones de la psicología con la medicina y, para ello, referirnos a la evolución de los conceptos y la práctica a través de la historia.

En las culturas primitivas, la enfermedad, como todo lo malo, se hallaba ligada a la falta, al pecado y dependía de potencias divinas o demoníacas que solamente quien con ellas se hallaran en contacto podía manejar. Por lo tanto, el médico y el sacerdote eran uno.

Las prácticas curativas de los "shaman", "medicine-man" y todos los hombres que, en alguna forma, se creían en relación con las fuerzas extranaturales que dominaban al hombre, pueden comprenderse, —si renunciamos a explicaciones mágicas o religiosas,— como influencias psicológicas en las que la sugestión, sobre la base de la creencia y la fé, podía actuar alterando, no solamente la psicología, sino, y a veces seriamente, el funcionamiento orgánico de los que a ella se sometían.

Las maniobras de los sacerdotes, muy parecidas a las usadas para producir fenómenos hipnóticos, obtenían, indudablemente, estados psicológicos especiales y en esos estados, como en los experimentos que se repiten hoy día en cualquier laboratorio, se podía influir sobre las funciones fisiológicas y lograr alteraciones grandes y definitivas.

Aún hoy en culturas que viven en ese ambiente, conocemos casos en los cuales el haber violado un "tabu", falta que, según las creencias, traería como castigo la pérdida de la vida, ha causado, efectivamente, la muerte del culpable a consecuencia del pánico producido y la alteración fisiológica consiguiente.

De estas creencias participaron todos los pueblos en los albores de la civilización. Aún en los poemas homéricos puede hallarse la directa

influencia que se adjudicaba a los dioses pero, son los mismos griegos los primeros que comienzan a ver de otra manera. Ya Alcmeon de Crotona postula el origen "natural" de las enfermedades, intuición que toma cuerpo de doctrina en Hipócrates.

Esta tradición, a pesar de que, paralelamente a ella, se mantenían aún resabios de la curación sacerdotal y religiosa, se hace aún más fuerte con Galeno llegando a la idea completamente opuesta a la anterior: no sería el enfermo, ante todo, un pecador, sino el pecador, ante todo, un enfermo, (Lain Entralgo). Las manifestaciones psicológicas son, en alguna forma, determinadas por las fisiológicas. Como consecuencia, el tratamiento ya no se dirige a aplacar a los dioses, sino a modificar la "physis" del paciente.

A pesar de la influencia galénica, en la Edad Media se produce una vuelta hacia el pasado, hacia la concepción de la enfermedad como consecuencia de impureza espiritual y su tratamiento por medios religiosos. Hubo entonces quienes, como Taciano el Asirio y Tertuliano, sostenían que el usar medicamentos para curar enfermedades demostraba falta de fé en Dios. El tratamiento debería ser dirigido o hacia la oración o hacia el exorcismo.

Un nuevo vuelco ocurre en la Edad Moderna. El espíritu de Galeno se impone aún y la naturaleza física de las enfermedades es aceptada, apesar de las discrepancias de escuela o teoría y pese a las excepciones, importantes pero no decisivas, de los "románticos" y de personalidades destacadas y originales, como Paracelso. Ejemplos claros nos los ofrecen todos los grandes clínicos, desde Sydenham hasta Laennec.

La influencia del positivismo acentuó más aún el cuadro y pareció que la medicina había entrado definitivamente en una época en la que la orientación hacia las ciencias naturales haría de ella una práctica de tratamientos físicos, basada sobre una teoría netamente materialista.

Sin embargo, no fue asi. Y no lo fue porque no podía serlo. El hombre, como tal, rebaza largamente cualquier encasillamiento, más aún si él procede de fuentes tan limitadoras como una concepción fisicalista que, por definición, ignora sus características más esencialmente humanas.La reacción ante ese parcialismo mutilador se encarnó en una figura que debía revolucionar, no solamente la medicina, sino las ciencias del hombre en general: Sigmund Freud.

Freud introduce otra vez la psicología en la medicina y lo hace sobre bases distintas a la magia, la mística o la intuición no rigurosa:

sobre las bases de toda ciencia: la observación y una metodología nueva más de acuerdo con el objeto de estudio.

Es bien sabido que, al comienzo, los estudios freudianos se dirigieron a la comprensión de las neurosis, es decir, de las alteraciones del equilibrio psicológico de los individuos. Pronto el mismo precursor se dió cuenta de que sus descubrimientos no se limitaban a ese campo, sino que se proyectaban a toda la vida del hombre en la que, naturalmente, se hallaban comprendidos los fenómenos de su "enfermedad física".

Nace con él la tendencia a un enfoque integral de la medicina y, sobre todo, se impone un concepto nuevo que solamente puede comprenderse si se aprecia considerando lo que la enfermedad significó para el médico antes de las aportaciones freudianas y lo que la influencia de éstas ha producido, como cambio fundamental, en ese significado.

La enfermedad, a lo largo de la historia, fué considerada por los médicos como algo externo, como algo distinto del paciente y que, de alguna manera, se imponía a él. Es con Freud con quien la idea cambia totalmente: la enfermedad ya no es ese ente extraño y exterior, sino un fenómeno que ocurre *en* el paciente, un episodio de su vida, *una parte de su biografía.*

Con ello, los factores personales toman importancia y la vida interior del enfermo, su psicología se hace tan importante como su fisiología.

Los pasos siguientes estan dados por el nacimiento de la llamada *medicina psicosomática,* que sistematiza ese concepto básico, afirma la necesidad del estudio de los factores psicológicos en toda enfermedad y demuestra que no puede hacerse verdadera si se descuida una parte tan decisiva en la determinación de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte.

La vigencia de la psicología en la medicina, sin embargo, ha tomado diversas formas. Así, la "medicina psicosomática", desarrollada principalmente en los Estados Unidos, enrumbó sus estudios hacia el camino de las ciencias naturales; usa la observación, la experimentación en el laboratorio y los métodos estadísticos, principalmente. En Europa, con Von Weizsaecher a la cabeza, se inició un movimiento, la "medicina antropológica" que, apartándose de los métodos de la ciencia natural, investigó con los de las ciencias del espíritu el "sentido" de la enfermedad, su significado biográfico. Los existencialistas, por otra parte, cuyo representante más destacado en este campo es Medard Boss, tratan de comprender la enfermedad con los métodos de la fenomeno-

logía y de interpretarla de acuerdo con su concepto del hombre y a la luz de la antropología existencial.

El hecho es que hoy ha desaparecido la idea de que el hombre, sano o enfermo, puede ser estudiado solamente como se estudian las cosas, por los métodos de las ciencias naturales y ni siquiera como se estudian los animales, con metodología biológica. Para conocerlo y para ayudarlo debemos de abarcarlo, en lo posible, en toda su complicada interrelación de psiquis y soma y, aún más, comprenderlo en la perspectiva histórica de su vida y en la existencial de su significado y su sentido.

Todo ello, no solamente por razones éticas, sino por exigencias científicas. Los estudios modernos nos conducen a una noción hoy indiscutible: el hombre es una unidad, un in-dividumm que no puede estudiarse sino como tal. Cualquier intento de ignorar uno u otro aspecto de su ser integral está condenado a conducirnos a una visión errada y al fracaso teórico y práctico. Pero es, además, un individuo que tampoco puede considerarse aislado, sino que debe ser estudiado como ser-en-el-mundo, es decir, en su interelación constante y decisiva con su ambiente.

La medicina no puede, pues, ser separada de la Psicología si quiere mantenerse en su papel de *ciencia del hombre*.

Ya veremos, en sucesivos capítulos, todo lo que ésto significa y cómo nos ayuda a acercarnos a la realidad, no solamente de la vida y de la enfermedad, sino, y lo que tiene igual importancia, a comprender la misión y la actitud del médico frente a ellas.

COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO EN EL CURSO DE LA LEUCEMIA

RODOLFO LANDA C. *** *ANDRES SOLIDORO S.* ** *SANTIAGO CARRANZA* *

De 303 pacientes leucémicos atendidos en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, entre Junio de 1952 y Diciembre de 1963, 190 casos han correspondido a la forma aguda, que resulta así la más frecuente con un porcentaje del 62.7%, y 113 casos han sido catalogados en la forma crónica de la enfermedad, que resulta ser menos frecuente con un porcentaje de 37.3%.

De los 303 casos estudiados, 49 pacientes han presentado compromiso del Sistema Nervioso Central o Periférico; el estudio clínico de estos casos constituye el material de la presente comunicación. Los 49 casos representan el 16.7% de los enfermos estudiados; 32 de éstos pacientes han desarrollado el compromiso del Sistema Nervioso en la forma de leucemia aguda y 17 los han hecho en el curso de la leucemia crónica.

Se ha considerado a la leucemia como una proliferación anormal (lenta o rápida), neoplásica y autónoma de uno de los tejidos productores de leucocitos (médula ósea, tejido linfoide, sistema retículo endotelial o sistema de plasmocitos), que a menudo se asocia con recuento anormal de leucocitos y que eventualmente conduce a anemia, trombocitopenia y muerte.

La leucemia se ha considerado aguda cuando el paciente ha tenido

*** Profesor Asociado de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad de San Marcos.

** Profesor Auxiliar de Clínica Médica, Universidad Peruana de Ciencias Médicas Cayetano Heredia.

* Jefe Instructor de Neuroanatomía, Facultad de Medicina, Universidad de San Marcos.

un severo sindrome anémico purpúrico y "toxi-infeccioso"; un elevado porcentaje de blastos en médula ósea y/o en sangre periférica y en general ha tenido una sobrevida corta.

Se entiende como leucemia crónica a la condición en que los enfermos han tenido manifestaciones clínicas poco severas, han tenido un bajo porentaje de blastos (menos del 10%) y en general la sobrevida ha sido larga, medida en años.

La edad de los pacientes leucémicos ha fluctuado entre los pocos meses y los 90 años. La primera década con 95 casos representa el 31.35% de los casos estudiados y es el grupo más numeroso.

En muy contadas oportunidades hemos dispuesto del examen necrópsico para confirmar nuestros hallazgos clínico-neurológicos, que han sido confirmados, más bien, con estudios clínicos auxiliares radiografías, estudio del líquido céfalo raquídeo, electroencefalografía, etc.

La evaluación clínico neurológica se ha efectuado únicamente con los datos consignados en las historias; los exámenes neurológicos han sido practicados con el método habitual del Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Nuestros hallazgos han sido comprados con los datos de la literatura de los últimos años y se presentan en cuadros cuyo valor estadístico mencionaremos cuando tengan valor en éste sentido.

Edad y sexo:

El compromiso del Sistema Nervioso, lo hemos hallado en pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 18 meses y los 60 años, lo que concuerda con lo hallado por WILHYDE (112). Es importante mencionar que pacientes mayores de ésta edad, cuyo número, entre nuestros casos, es elevado, no han tenido cuadros que signifiquen compromiso nervioso. En la primera década se han dado el mayor número de casos con compromiso del Sistema Nervioso; 18 casos han presentado diferentes cuadros clínicos de esta naturaleza, hecho, que por otro lado, está de acuerdo con lo señalado por OKINAKA (58). La incidencia ha ido decreciendo a medida que aumenta la edad, siendo la segunda y tercera décadas, con 10 y 11 casos respectivamente, las que han presentado mayor número de pacientes con compromiso del Sistema Nervioso, en relación a las edades más avanzadas.

A pesar de que Okinaka, señala que no hay una definida variación de año a año en la incidencia del compromiso neurológico, hemos observado que en el segundo quinquenio, es decir entre los 6 y 10 años, los

pacientes han sido más numerosos que los que corresponden al primer quinquenio y que a esa edad, con 12 casos, hemos encontrado el mayor número de enfermos, superando al de las décadas siguientes (Cuadro 1).

En cuanto al sexo, es notable el predominio de los hombres sobre las mujeres. Aquellos predominan sobre éstas en una proporción de 1.72:1.

RELACION ENTRE EDAD Y SEXO

Edades	Sexo		Total	Proporción
	M	F		
0 — 5	3	3	6	1.0
6 — 10	5	7	12	0.7
11 — 20	10	1	11	10.0
21 — 30	8	2	10	4.0
31 — 40	1	1	2	1.0
41 — 50	4	2	6	2.0
51 — 60	—	2	2	—
Total	31	18	49	1.72

Cuadro Nº 1

RELACION ENTRE EDAD Y SEXO
EN LA FORMA AGUDA

Edades	Sexo		Total	Proporción
	M	F		
0 — 5	3	3	6	1.0
6 — 10	5	6	11	0.83
11 — 20	7	1	8	7.0
21 — 30	3	1	4	3.0
31 — 40	—	—	—	—
41 — 50	1	1	2	1.0
51 — 60	—	1	1	—
Total	19	13	32	1.46

Cuadro Nº 2

RELACION ENTRE EDAD Y SEXO
EN LA FORMA CRONICA

Edades	Sexo		Total	Proporción
	M	F		
0 — 5	—	—	—	—
6 — 10	—	1	1	—
11 — 20	3	—	3	3.0
21 — 30	5	1	6	5.0
31 — 40	1	1	2	1.0
41 — 50	3	1	4	3.0
51 — 60	—	1	1	—
Total	12	5	17	2.4

Cuadro Nº 3

Esta proporción, sin embargo, no es uniforme en todas las décadas, siendo de advertir, que en nuestros casos, el segundo quinquenio presenta un ligero predominio de las mujeres sobre los hombres y que la mencionada proporción se hace hasta de 10:1 a favor de los hombres en la década comprendida entre los 11 y 20 años.

Wilhyde (112), al estudiar el compromiso medular de la enfermedad encuentra que la relación hombre: mujer, favorece al sexo masculino en una proporción de 2.2:1; en pacientes cuya edad corresponde a la tercera década. Sin considerar el cuadro clínico del paciente, nosotros hemos encontrado que la proporción de hombre a mujer en esta década es de 4:1 a favor del sexo masculino, lo que supera lo hallado por el autor mencionado.

En los cuadros 2 y 3 donde mostramos la relación edad y sexo en las formas aguda y crónica de la enfermedad, se observa que en ambas formas el sexo masculino presenta mayor número de casos, pero la proporción hombre:mujer es menor, 1.46:1 en la forma aguda que 2.4:1 en la forma crónica. Es interesante anotar que tanto en la forma crónica como en la aguda, en el segundo quinquenio predomina, muy ligeramente, el sexo femenino sobre el masculino, y que la elevada proporción de hom-

bres sobre mujeres, que hemos señalado es clara, en la segunda década, advirtiéndose que ningún paciente del sexo femenino ha presentado compromiso neurológico entre los 11 y 20 años en la forma crónica.

PATOGENIA DEL COMPROMISO NEUROLOGICO

Ha sido descrito por DAMESHEK (32), el hecho de que un sistemático y cuidadoso examen post mortem, de la leucemia, demuestra que el sistema nervioso se encuentra comprometido en un elevado número de casos. Las lesiones halladas en el sistema nervioso pueden variar desde microscópicas a grandes lesiones, que suelen ocupar ia mayor parte de una porción del sistema nervioso central. LEIDLER y RUSSELL en una serie de 67 casos con lesiones cerebrales encontraron que los hemisferios cerebrales estaban comprometidos en un 61%; que la región de los ganglios basales presentaban un compromiso en 46%; el tronco encéfalico 31% y el cerebelo 28%. De acuerdo con este autor hay un compromiso menos marcado de las meninges y de la médula espinal; señalando que los nervios periféricos se comprometen rara vez. SULLIVIAN (103), señala que las complicaciones intracraneanas son particularmente comunes en los niños.

De acuerdo con DAMESHEK (32), el tipo de lesión hallada en el sistema nervioso es variable. Puede consistir en focos infiltrativos pequeños, múltiples con consisten en masas de células leucémicas, las mismas que tienen una tendencia a crecer y a juntarse y formar placas redondas de 2 cms. o más de diámetro. En las lesiones grandes se producen interferencia con los vasos sanguineos que pueden provocar hemorragia que es una forma común de terminación. Sin embargo, la hemorragia cerebral puede presentarse, en leucemia, en ausencia de lesión cerebral, las que a menudo son el resultado de trombocitopenia. El sitio de producción de la hemorragia pueden ser subarácnoidea o subdural, o puede realizarse en la sustancia cerebral; puede hallarse hemorragia en más de un sitio a la vez. FREIREICH y FRITZ, han demostrado que la hemorragia intratecal se acompaña comúnmente con crisis blástica aguda y que la estasis vascular de leucocitos es el factor inicial en la pérdida de la integridad vascular. La lesión que ha sido descrita como característica corresponde a una hemorragia intracerebral grosera, simétrica, en la cual confluyeron nódulos de leucocitos leucémicos que están rodeados por la hemorragia.

MOORE (79, encuentra que la hemorragia subarácnoidea está asociada con una baja en el nivel de plaquetas circulantes.

En las meninges, los hallazgos característicos son una lesión focal, la formación de placas y comúnmente la producción de líquido céfalo raquídeo anormal, el mismo que puede estar elevado en su presión, tener una concentración elevada de proteínas y dar una pleocitosis con o sin la presencia de leucocitos leucémicos, tal como lo ha señalado HEISSEN y MUNRO.

La infiltración de las células leucémicas en la aracnoides aparece interfiriendo el flujo del líquido céfalo raquídeo en el espacio subaracnoideo y en la base del cráneo. El aumento de la presión del líquido céfalo raquídeo provoca la dilatación simétrica de los ventrículos y produce hidrocéfalo. MOORE (79, no ha encontrado bloqueo de los agujeros del sistema ventricular. La falta de lesiones obstructivas puede explicar porque el sindrome menígeo es reversible por el tratamiento que erradica la infiltración leucémica de las meninges restituyendo el flujo normal del líquido céfalo raquídeo. Se supone que las manifestaciones clínicas iniciales del sindrome meningeo son debidas a un aumento de la presión intracraneal. El compromiso meningeo por depósitos de células leucémicas puede conducir a irritación y más tarde a infiltración de los nervios craneales. En ocasiones puede encontrarse, sin embargo, compromiso de la neurona motora superior dando por resultado destrucción de los núcleos de los nervios craneanos como lo han descrito HOWELL y COUGH.

El compromiso de la médula espinal puede deberse, de acuerdo con BEREZHKOVA (13), a una infiltración leucémica dentro de la médula espinal, asumiendo el cuadro de un tumor de esta localización, puede producirse compromiso exclusivo o principial de la piamadre y finalmente los disturbios neurológicos que indican compromiso medular, pueden ser debidos a alteraciones en la circulación del tipo de la trombosis. SINGH (98), ha descrito depósitos leucémicos medulares en los casos con compromiso de esta porción del sistema nervioso; URSU (108), en los hallazgos de autopsia ha revelado una infiltración considerable tanto de la duramadre como el espacio epidural con solo discretas lesiones en las leptomeninges, en las raíces y en la misma médula. WILHYDE (112), ha descrito que los casos de compromiso neurológico se deben a la presencia de tumores epidurales. WILLIAMS (113), hace notar que la mayoría de los pacientes que tienen enfermedad epidural es secundaria a una extensión de enfermedad adyacente paravertebral y que la infiltración se produce a través de los agujeros intervertebrales o directamente desde la vértebra, las cuales en sus casos, estuvieron comprometidas al mismo tiempo que la médula espinal; este autor señala que la compresión de la circulación medular por

enfermedad adyacente es capaz de producir los síntomas medulares en algunos casos. En algunos de los casos descritos por el autor mencionado, no había evidencia clínica de enfermedad paravertebral pero se encontraron datos radiográficos que indicaban compromiso de las vértebras al mismo nivel en que estaba comprometida la médula espinal; la enfermedad epidural en estos casos provenía de las vértebras enfermas, las mismas que pueden ser comprometidas tanto en forma de metástasis o por extensión de un foco no reconocido paravertebral.

GORDON (48), ha encontrado en algunos casos de paraplejía de instalación brusca un compromiso grosero del cuerpo vertebral que se ha colapsado provocando la compresión medular.

FORMAS CLINICAS DEL COMPROMISO NEUROLOGICO

Los síntomas y signos neurológicos, así como los exámenes auxiliares, nos han permitido agrupar a los pacientes en diversas entidades clínicas, atendiendo únicamente al aspecto topográfico del compromiso del Sistema Nervioso. Desgraciadamente no todos los casos han tenido confirmación anátomo-patológica, lo que en parte, hace que, ésta agrupación pueda ser discutible, pero, creemos que es útil para un estudio clínico sistemático de éstos pacientes.

Se han considerado los siguientes grupos:

1. Un primer grupo que llamamos forma cerebral en el que consignamos a los enfermos con manifestaciones clínicas de hemorragia cerebral, de tumor encefálico y a los que presentan síntomas encefalíticos.

2. Un segundo grupo que reúne a los pacientes con síntomas y signos que indican un compromiso exclusivo de los pares craneanos.

3. En un tercer grupo se consideran a los pacientes que han tenido síntomas exclusivos de compromiso meníngeo.

4. Un grupo separado lo forman los pacientes que han tenido síntomas y signos que indican compromiso medular exclusivo.

5. Un grupo aparte se ha formado con los pacientes que presentaron síntomas y signos de compromiso de las raices medulares, los plexos y los nervios perifericos.

6. Finalmente se ha considerado en grupo aparte a aquellos pacientes cuyos síntomas y signos indicaban un compromiso múltiple del Sistema Nervioso.

En adelante, para los efectos de la discusión, a los diferentes grupos se les llamará: Forma cerebral, de pares craneanos, meningea, medular, de raíces espinales y múltiple.

Creemos necesario señalar que en el segundo y quinto grupos, es posible que exista, además del compromiso periférico, alguno central que debió comprobarse por el estudio anátomo-patológico.

En el sexto grupo hemos incluído a todos aquellos casos que obviamente presentaron compromiso del Sistema Nervioso a diferentes niveles y a aquellos que además de comprometer éste Sistema tenían manifestaciones oculares y en el cráneo.

Consignamos en el cuadro número 4 que 24 pacientes han presentado compromiso cerebral; este ha sido el grupo más numeroso y representa el 48.90% de los casos estudiados. Nueve pacientes o sea el 18.36% han presentado un cuadro con signos exclusivamente meníngeos. Seis pacientes que representan el 12.24% han presentado compromiso de las raíces espinales. El 8.16% de los casos estudiados han presentado un cuadro medular; el mismo porcentaje de casos hemos hallado que comprometen en forma múltiple al Sistema Nervioso.

FORMAS CLINICAS DE LA COMPLICACION DE LA LEUCEMIA

			Leucemia Aguda		Leucemia Crónica	
	Total	Porcent.	Nº Casos	Porcent.	Nº Casos	Porcent.
	49	100.00	32	65.30	17	34.70
Cerebral	24	48.90	19	38.77	5	10.20
P. Craneales	2	4.29	1	2.04	1	2.04
Meníngea	9	18.36	9	18.36	—	—
Medular	4	8.16	—	—	4	8.16
R. Espinal	6	12.24	—	—	6	12.24
Múltiple	4	8.16	—	—	4	8.16

Cuadro Nº 4

Como ha sido expuesto por otros autores, la forma cerebral, es mucho más frecuente en la forma aguda de la leucemia que en la crónica. En nuestros casos observamos este mismo hecho ya que solamente cinco casos de la forma crónica han tenido compromiso cerebral y en cambio 19 de los casos estudiados en éste grupo corresponden a los de leucemia aguda.

Como se puede apreciar en el mismo cuadro, la forma de compromiso meníngeo ha sido exclusivo de la forma aguda de la leucemia.

Solamente en la forma crónica se han dado el compromiso múltiple, el medular y el de las raíces espinales.

El compromiso de la médula espinal no guarda relación con los datos proporcionados por WILHYDE (112) que señala una incidencia mayor para ésta forma clínica.

FORMA CEREBRAL

Como hemos indicado el mayor número de complicaciones neurológicas en nuestros casos han presentado la forma que hemos denominado cerebral; este hallazgo coincide con los datos proporcionados por la mayoría de los autores, entre otros, por GORDON (48).

De nuestros 24 casos, nueve han presentado cuadro hemorrágico, seis síntomas tumorales y en nueve hemos considerado la existencia de un compromiso encefalítico.

La leucemia en su forma aguda, ha sido más propicia para esta forma clínica ya que 19 de los 24 casos se han presentado en el curso agudo de la enfermedad y solamente cinco de la forma crónica, como queda señalado en el cuadro N° 5.

FORMA CEREBRAL

	L. Aguda	L. Crónica	Total
Encefalopatía	7	2	9
Hemorrágica	7	2	9
Tumoral	5	1	6
Total	19	5	24

Cuadro N° 5

De acuerdo con OKINAKA (85), hemos hallado que la incidencia es mayor en la forma aguda que en la crónica. Por otro lado en las 170 autopsias de pacientes leucémicos practicadas por este autor, que encuentra 44 casos con lesiones leucémicas en el sistema nervioso central, se halla que las hemorragias son las más numerosas con 24 casos y que el tumor leucémico le sigue, con 19 casos, siendo el restante una trombosis cerebral. Como se ve estos hallazgos de necropsia distan mucho de nuestros hallazgos clínicos, donde los que consideramos encefalopatía leucémica han sido los más numerosos. Los hallazgos señalados por KVICALA (69), basados en datos de necropsia señalan que en 97 autopsias 43 casos presentan complicaciones neurológicas y ésta, en su mayoría eran de la forma hemorrágica, dando a la forma tumoral y de infiltración valores menores. Por otro lado AMYOT (3), considera que las hemorragias representan una complicación de peligro y es la base de subsiguientes complicaciones, señalando que la infiltración leucémica del cerebro, en su mayor parte es latente y asintomática.

Según DAMESHEK (32), los síntomas y signos que indican compromiso cerebral son: cefalea, vómitos, edema de papila, convulsiones, movimientos involuntarios, parálisis de nervios craneanos, inquietud, somnolencia, delirium, coma, hemiplejia, separación de las suturas, aumento de la circunferencia del cráneo, aumento de la presión, concentración de proteínas del líquido cefaleo raquídeo con pleocitosis, y alteraciones en el electroencefalograma.

Estos síntomas generales que hacen presumir el diagnóstico de una complicación cerebral de la leucemia pueden presentarse en cualquier momento de la evolución de la enfermedad; no es infrecuente que se presenten en los casos no tratados; pero resulta de interés señalar que cualquiera de éstos síntomas pueden presentarse cuando hay una remisión del cuadro hemático inducido por las diversas formas de terápia; DE AJURIAGUERRA (31), señala un caso en el que una violenta cefalea con vómitos, edema de papila, parálisis del VI par y evidencia radiográfica de hipertensión endocraneana fueron los síntomas que indicaron una complicación cerebral en un paciente con leucemia aguda que había remitido por seis meses con un tratamiento a base de cortisona y transfusiones sanguíneas. Igualmente es importante señalar los casos descritos por OLMER (87), que encuentra compromiso de pares cráneanos y múltiples tumores intracráneanos, así como compromiso meníngeo después de un año en que por tratamiento con corticoides hubo una remisión inicial de la enfermedad.

Señala KADYROVA (62), que en la leucemia crónica manifestaciones precoces de compromiso cerebral son síntomas de pseudoneurastenia y que posteriormente, el dolor de cabeza, los trastornos del sueño y la memoria, los disturbios del sistema autónomo, especialmente síntomas diencefálicos (poliuria, anorexia) son los más frecuentes; estos síntomas a los que pueden agregarse anhidrosis, hiperqueratosis, en los períodos terminales, se hacen muy marcados en las etapas terminales; este mismo autor ha encontrado, en dos de sus casos, manifestaciones de euforia en los estados finales.

Los síntomas de la forma cerebral se presentan en 19 de nuestros casos en plena evolución de la leucemia y en 5 casos en remisión del cuadro clínico hematológico inducido por el tratamiento. El compromiso cerebral se produjo en 3 casos cuando se encontraban recibiendo radioterápia en la región esplénica; en 9 casos cuando recibían quimioterápia antileucémica; en 5 casos que se encontraban con tratamiento a base de corticoides; en 5 pacientes a los cuales se administraba tratamiento combinado de quimioterapia; y en 2 casos a los cuales todavía no se le administró ningún tratamiento antileucémico. Los síntomas que nos han permitido el diagnóstico de compromiso cerebral, han sido, cefálea, convulsiones, vómito, movimientos involuntarios, compromiso de los pares cráneanos, principalmente el segundo y septimo, trastornos motores, principalmente hemiplejias.

El cuadro hemorrágico ha sido generalmente de inicio brusco con cefálea intensa; en dos casos, además han presentado convulsiones que se han presentado con carácter subintrante.

Los cuadros tumorales han tenido un comienzo insidioso con cefalea progresiva; vómito, ocasionalmente convulsiones que han dado lugar a la instalación de una hemiplejia con o sin trastorno sensitivo; en todos estos casos hemos hallado adema de la papila.

Los cuadros clínicos que hemos señalado como encefalíticos se han iniciado con dolor de cabeza moderada que aumenta en forma progresiva; ha habido en todos los casos compromiso del estado de la conciencia, estado de obnubilación, ocasionalmente estado comatoso; en algunas oportunidades se han presentado convulsiones generalizadas; las náuseas y los vómitos han acompañado a la cefalea e invariablemente en los nueve casos presentados la presión del líquido céfalo raquídeo estaba elevada, hubo edema de papila; en ninguno se encontró compromiso meníngeo ni evidencia clínica de compromiso del sistema motor o sensitivo.

Los hallazgos necrópsicos en uno de los casos mencionados solamente mostró un edema cerebral generalizado.

COMPROMISO DE PARES CRANEANOS

En dos casos de nuestra serie presentaron como única manifestación neurológica compromiso de los pares craneanos. En un paciente de 23 años portador de leucemia aguda presenta parálisis facial periférica izquierda acompañada de tumoración en la región parotídea. Otro paciente de 28 portador de leucemia crónica presenta mareos, sensación vertiginosa y parálisis facial izquierda periférica.

El primero de los pacientes presenta compromiso neurológico en plena evolución de la enfermedad y se encontraba recibiendo quimioterápia y el segundo en una reagudización mientras recibía radioterapia al bazo y corticoides.

FORMA MENINGEA

Señala SHAW (96), que probablemente debido a la terápia antileucémica se ven más a menudo pacientes con signos de irritación meníngea e hipertensión endocraneana que no están en relación con un cuadro hemorrágico o en relación a la infección. El cuadro clínico comprende, según este autor, náuseas, letargo, dolor de cabeza, convulsiones, edema papilar, parálisis de los nervios craneanos; separación de las suturas craneanas en los niños, cambios electroencefalográficos y alteraciones en el líquido cefalo-raquídeo, todo lo que exclusivamente está en relación a la infiltración leucémica de la aracnoides. Este cuadro es más frecuente en niños; 25 de los 150 casos del autor han tenido estas características, señalando que se puede presentar ya como manifestación inicial de enfermedad o durante la remisión hematológica.

Por otro lado, PIERCE (90), describe el mismo cuadro clínico y agrega que el compromiso meníngeo se produce en la tercera parte de los casos de su serie, en plena remisión hematológica y clínica de la leucemia inducida por la quimioterápia.

Los síntomas de compromiso meníngeo han sido: Céfalea, vómito compromiso de diversos para cráneanos, rigidez de nuca, signo de Kerning bilateral; solamente en tres casos hubo edema de papila y en dos alteraciones graves del estado de la conciencia.

Cuatro de estos pacientes se encontraban recibiendo quimioterápia

cuando presentaron el compromiso neurológico; en dos casos se administraba corticoterapia y un caso recibió quimioterapia más corticoterapia.

FORMA MEDULAR

La forma medular se ha manifestado por dolor, a nivel de la columna vertebral, parestesias, anestesia, alteración de los esfínteres, y déficit motor.

El dolor en la columna ha sido el síntoma inicial de la forma medular en nuestros cuatro casos. Este dolor ha sido informado como correspondiente al inicio de la enfermedad por GIRAUD (47), que lo describe muy severo en una niña de 15 años; igualmeinte DUSTIN (35), señala que el inicio del compromiso medular en un paciente de 26 años fue el dolor continuo en la región lumbar que duró dos semanas antes de dar complicaciones más seguras de compromiso de la médula. Habitualmente el compromiso motor toma la forma de una paraplejía que es secundaria a la instalación del dolor como ha sucedido en dos de nuestros casos y ha sido descrito por DUSTIN (35).

En los 4 pacientes de nuestra serie encontramos parestesias seguidas de anestesia por debajo del segmento medular comprometido.

Los esfínteres fueron comprometidos en los 4 casos; en tres de ellos se encuentra retención urinaria y un caso presentó relajación de esfínteres anal y vesical.

La paraplejía se presentó en 2 pacientes de nuestra casuística, asociada a anestesia, hiperreflexia, Babinsky bilateral, retención urinaria. En uno de nuestros casos, en un paciente de 60 años, el diagnóstico de leucemia se hizo 21 días después de indicar el cuadro neurológico con dolor dorsal irradiado al epigastrio y que 8 días después presenta paresia evolucionando a la paraplejía en 15 días. Es importante recordar lo hallado por WILHYDE (112), quien revisando 41 casos de paraplejía secundaria a leucemia epidural, encuentra que los síntomas de compromiso medular son las primeras manifestaciones de leucemia, hecho que no hemos confirmado en nuestros casos.

COMPROMISO DE LAS RAICES ESPINALES

El compromiso de las raíces espinales, plexos nerviosos y nervios periféricos se ha hecho clínicamente evidente por dolor radicular, parestesia, anestesia, deficit motor y alteración de los reflejos.

Estos síntomas se han presentado en plena evolución de la enfermedad mientras los pacientes estaban bajo tratamiento, en 5 casos cuando recibían radioterapia en la región esplénica y en un caso cuando era tratado con quimioterapia y corticoides.

El dolor en el territorio de las raices espinales comprometidas se ha presentado, como síntoma inicial, del compromiso neurológico, en los 6 casos que presentamos.

En 3 de estos pacientes hemos hallado anestesia en el territorio correspondiente a las raices comprometidas, especialmente en las que corresponden a la cola de caballo.

En los 6 casos que mencionamos se han presentado alteraciones de los reflejos que han estado deprimidos o ausentes.

Dos de nuestros pacientes han presentado compromiso exclusivo del nervio ciático poplíteo externo izquierdo; otros trabajos, DEREUX (33), señala compromiso del ciático derecho, del cubital.

En ninguno de nuestros casos hemos probado por estudio anatómico la infiltración leucémica de las raices.

MARTINOTTI (75), ha señalado la posibilidad de que los síntomas iniciales de la leucemia correspondan a compromiso neurológico periférico como cuadros de poliradiculoneuritis, esclerosis generalizada y radiculitis lumbo-sacra, en un estudio sobre 3 pacientes, en quienes, el diagnóstico de leucemia fue establecido posteriormente por los exámenes hematológicos.

KADYROVA (63), por otro lado ha encontrado que el compromiso del sistema nervioso periférico puede manifestarse como neuralgia del plexo braquial, plexitis, isquialgia, radiculoneuritis, neuralgia intercostal, polineuritis, etc., cuadros que pueden presentarse en pacientes con diagnóstico ya establecido de leucemia como lo demuestra en 25 de los 165 casos estudiados. Señala el mismo autor que estos cuadros pueden presentarse tanto por infiltración como por factores tóxicos.

COMPROMISO MULTIPLE

El compromiso de varias regiones del sistema nervioso, al mismo tiempo o en forma sucesiva, ha sido descrita en un mismo paciente leucémico. MUSLIVY (81), señala un cuadro de mielitis transversa que fue acompañada por lesiones del plexo braquial, el plexo simpático cervical y el nervio acústico del lado derecho, con un compromiso pre-mor-

tem del tronco encefálico donde el examen necrópsico descubrió masas leucémicas tumoriformes que explicaban los signos neurológicos.

Cuatro de nuestros casos, tres con enfermedad aguda y otro con forma crónica de la misma hemos considerado comprendidos en este grupo; uno de ellos de la forma crónica presentó signos que indicaban compromiso del cono medular, diversas raíces raquídeas y el séptimo par craneano. El otro caso, presentaba, además del compromiso de los sextos y novenos pares craneanos, compromiso de raices cervicales y lumbares. En ninguno de estos casos, hemos obtenido comprobación anatomo-patológica.

Un tercer caso de leucemia aguda presentaba retinitis leucémica, focos hemorrágicos recientes y antiguos en ambos fondos oculares, metástasis múltiple del cráneo dolores radiculares y líquido cefalo raquideo con abundantes proteinas. El cuadro neurológico se presentó cuando el paciente no recibía ningún tratamiento.

Finalmente un niño de ocho años presentó síntomas de hipertensión endocraneana, dolor radicular en región cervical y lumbar, hiperreflexia patelar y aquiliana en el curso de la leucemia aguda.

RELACION ENTRE LA FORMA CLINICA DE LEUCEMIA, EL COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES.

	Cerebr		P. Cran.		Mening.		Médula		Raíces		Múltip.		Total	
	Ag	Cr.	Ag.	Cr.	Ag	Cr.	Ag.	Cr	Ag.	Cr	Ag	Cr.	Ag.	Cr.
0 - 5	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	6	—
6 - 10	5	—	—	—	5	—	—	—	—	—	2	—	12	—
11 - 20	6	—	—	—	1	—	—	1	—	2	—	1	7	4
21 - 30	—	2	1	1	1	—	—	1	—	3	1	—	3	7
31 - 40	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
41 - 50	2	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	2	4
51 - 60	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1
Total	19	5	1	1	9	—	—	4	—	6	3	1	32	17

Cuadro Nº 6

El estudio del cuadro Nº 6 nos permite determinar que el compromiso del Sistema Nervioso es posible en sus diferentes formas clínicas

tanto en la forma aguda como la crónica de la enfermedad leucémica. La forma aguda, como vemos con 32 casos es la más propicia para dar síntomas neurológicos en el curso de evolución.

Entre los cero y los veinte años de edad se han presentado el mayor número de casos en la forma aguda; entre los veintiuno y los treinta el mayor número en cambio, ha correspondido a la forma crónica de la enfermedad. En ambas formas de leucemia, el segundo quinquenio ha sido el que más casos ha presentado.

La forma del compromiso cerebral, en cualesquiera de las tres manifestaciones que hemos señalado, ha sido más frecuente en la leucemia aguda, y el primer decenio de la vida, ha sido el más propicio.

El compromiso meníngeo ha sido exclusivo de la forma aguda; en ésta, como hemos dicho, no hemos estudiado ningún caso de compromiso medular, el que solamente lo hemos hallado en la forma crónica de leucemia.

El primer decenio de la vida ha sido, en los casos de compromiso meníngeo el que mayor número de pacientes ha presentado. Este hecho nos permite establecer que en este decenio se da el mayor número de enfermos que presentan compromiso del Sistema Nervioso, si se considera que en esta edad hemos estudiado 18 casos, 9 con compromiso cerebral, 7 con cuadro meníngeo y 2 con lesiones múltiples del Sistema Nervioso.

La forma crónica de Leucemia, por otro lado ha dado cuadros de complicación neurológica en mayor proporción después de los 20 años. El compromiso cerebral, el de los nervios periféricos y el de la médula espinal son los que en orden de frecuencia han alcanzado mayor número.

EXAMENES AUXILIARES.

Los diagnósticos de leucemia se han basado tanto en los hallazgos clínicos como en los exámenes de laboratorio correspondientes. En la investigación de los casos que presentaron compromiso neurológico, además de los exámenes mencionados hemos utilizado los auxilios de la radiología, de la electroencefalografía y el estudio del líquido cefalo-raquideo.

En el examen radiográfico de cráneo practicado en 14 casos que presentaron compromiso cerebral y meníngeo, los hallazgos más notables han sido, en ocho, aumento de las impresiones digitales, diastasis de las suturas, osteoporosis de la silla turca; estos hallazgos se han considerado como secundarios a la hipertensión endocraneana y están de acuerdo con lo

descrito en éstos casos por SULLIVAN (103), DE AJURIAGUERRA (31) y SHAW (96).

Las lesiones metastásicas en los huesos, particularmente en el cráneo que coincida con compromiso del Sistema Nervioso, hecho que se ha dado en uno de nuestros pacientes con compromiso múltiple de éste sistema, lo consideramos de interés por ser poco frecuente.

El estudio radiográfico simple de la columna, es un estudio auxiliar de mucha importancia en el diagnóstico de las lesiones medulares. En tres de nuestros pacientes ha tenido importancia diagnóstica; las lesiones halladas han correspondido a evidencia radiológica de metástasis vertebral en coincidencia con el nivel topográfico de la lesión medular.

El estudio radiográfico de la columna, como en el caso referido por FLEURY (41) es el único que puede señalar el comienzo de una enfermedad parapléjica. Este autor señala esta posibilidad al descubrir lesiones vertebrales en un paciente de 14 años en un examen radiológico rutinario de la columna vertebral.

La infiltración leucémica de las vértebras, de acuerdo con EPSTEIN (36), que la ha estudiado en niños de 6 meses a 14 años de edad, se refieren a la desmineralización del hueso y deformación por compresión. Señala el mismo autor la presencia de una zona de mayor transparencia en las márgenes superior e inferior de la vértebra comprometida, como signo de infiltración leucémica.

Las lesiones radiográficas puede no ser uniformes en todas las vértebras comprometidas, pues el lado de rarefacción ósea de una vértebra puede existir aplastamiento vertebral en una vértebra del grupo considerado enfermo como lo señala GIRAUD (47).

La mielografía, en uno de nuestros 4 casos de la forma medular ha sido un procedimiento valioso para el diagnóstico de localización, permitiendo establecer, preoperatoriamente, el bloqueo del espacio epidural del conducto raquídeo a nivel de D8.

El estudio electroencefalográfico se considera de importancia en la evaluación tanto de la forma de compromiso cerebral como meníngeo; al lado de su valor como examen auxiliar para los efectos del diagnóstico, es un método que puede dar información valiosa durante el tratamiento con radioterapia, como hemos tenido la oportunidad de observar en algunos casos de esta serie estudiados desde el punto de vista eléctrico por LANDA y GARCIA VILLALOBOS (70 A), hecho que por otro lado es referido por ASCIONE (6), que refiere que los cambios electroencefalográficos pueden mejorar en pacientes tratados con prednisona y citostáticos.

Los cambios electroencefalográficos son variados y para su génesis, ASCIONE (6), propone dos mecanismos patogénicos diferentes, la anemia y la infección.

Nuestros hallazgos más importantes en 5 de 6 casos estudiados se refieren a alteración difusa del trazado de base de grado variable.

Estos hallazgos corresponden a los enfermos con compromiso cerebral y meníngeo; en esta última forma han sido hallados cambios del EEG por SHAW (96) que los describe acompañado al síndrome de hipertensión endocráneana.

El estudio del líquido céfalo raquídeo es un examen auxiliar de mucho interés en los casos que se sospeche compromiso del sistema nervioso por la leucemia; la presencia de células leucémicas en el líquido céfalo raquídeo puede ser en algunos casos como el referido por SPRIGGS (99), el punto de partida para un diagnóstico de la enfermedad; sin embargo, hay que considerar, con el mismo autor, que la presencia de células leucémicas no va necesariamente acompañada de síntomas del compromiso del sistema nervioso, como la ha comprobado en 3 de 12 casos estudiados.

El estudio del líquido cefalo raquídeo ha mostrado ser de utilidad en aquellos casos que se encuentran en estado de remisión por las diferentes drogas antileucémicas y que hacen un cuadro clínico de compromiso del sistema nervioso, ya que en la opinión de JUDKIEWICZ (61), los pacientes tratados con esas drogas tienen mayor posibilidad de generar complicaciones neurológicas, hecho que ya ha sido señalado por otros autores, DE AJUARIAGUERRA (31). El estudio seriado de pacientes leucémicos le ha permitido a EVANS (38), puntualizar que las anormalidades del líquido cerebro espinal se presenta en pacientes con complicaciones neurológicas francas y que este líquido se hace anormal en los estadios iniciales de una recurrencia en el sistema nervioso.

Se considera que los cambios más marcados en el líquido cefalo raquídeo son, de acuerdo con lo señalado por LUPUS (70 B) un aumento de la presión, y en más de la mitad de los casos modificación de la contidad de proteinas que pueden estar moderadamente o muy elevadas junto con un aumento discreto o grande de las células. No se descarta entre las células algunas pueden ser neoplásicas.

La alteración del líquido cefalo raquideo que hemos hallado en 10 de los 14 casos que presentaban una forma cerebral y de localización meningea ha sido: Hipertensión muy marcada, notable aumento de las proteinas y pleocitosis; en uno de los casos las células fueron 3,430 con

98% de linfocitos y en otro caso llegaron a 3,140 por milímetro cúbico, de las cuales 86% eran linfocitos y 14% correspondían a células leucémicas.

En otros casos, sobre todo, en la forma hemorrágica, aparte del aumento de la presión no fue posible un adecuado estudio de la fórmula de las células blancas ni del contenido proteico.

En uno de los casos de la forma meduar el hallazgo más importante fue aumento de proteinas y signos de bloqueo en las pruebas manométricas.

TRATAMIENTO

Como hemos visto, el compromiso del sistema nervioso en la leucemia se ha producido en la mayoría de los pacientes en plena evolución de la enfermedad cuando se encontraban recibiendo tratamiento antileucémico.

En nuestros casos, la radioterapia, ha sido el tratamiento de elección para los síntomas de las complicaciones neurológicas. Ha sido administrada en 19 de los 49 casos, con una respuesta favorable, con remisión del cuadro neurológico, en 17 casos, es decir, en el 89.47% de los casos tratados.

Los pacientes con cuadros clínicos de la forma cerebral han sido tratados con radioterapia aplicada a todo el cráneo, mediante campos opuestos, en dosis variables.

En dos pacientes que presentaron compromiso meningeo se utilizó tratamiento con radioterapia con aplicación a todo el cráneo, obteniendo una remisión completa del cuadro neurológico, con una sobrevida de 3 a 4 meses.

Los síntomas de la forma medular han sido tratados con radioterapia en los 4 casos de nuestra serie, obteniéndose una remisión del cuadro neurológico en 3 casos; en un caso no hubo respuesta al tratamiento, el paciente falleció 23 días después de iniciado el mismo.

Dos casos con compromiso de raices espinales remitieron con radioterapia.

De los pacientes que presentaron compromiso múltiple y que recibieron radioterapia en el cráneo y en la columna, las respuestas han sido diferentes, en uno se obtuvo remisión parcial del compromiso cerebral, sin conseguirse respuesta del compromiso medular; y en el otro no se obtuvo ninguna respuesta favorable.

De acuerdo con las observaciones de D'ANGIO (30) OLMER (87) y otros (20), (103), los resultados de la radioterapia en las complicaciones del sistema nervioso son muy alentadoras por las remisiones que se obtienen. De acuerdo con los mismos autores las complicaciones neurológicas que se presentan en el curso del tratamiento con antileucémicos o en los períodos de remisión de la enfermedad inducida por el tratamiento general se benefician de la radioterapia que la han aplicado a todos sus casos.

Además de la radioterapia para el tratamiento de la complicación neurológica de la leucemia, se viene empleando, con resultados alentadores la quimioterapia intratecal que nosotros no hemos empleado en ninguno de nuestros casos.

LAURANCE (72), señala que el uso del methotrexate intratecal logra limpiar los depósitos intratecales en los niños; reconoce este autor que el número óptimo de inyecciones es incierto y que aún no existe suficiente acuerdo sobre la duración de la remisión.

WHITESIDE (111), en pacientes con leucemia y linfosarcoma ha empleado Amethopterin por vía intratecal a la dosis de 0.1 a 0.5 mg. por kilo de peso, obteniendo remisión de los síntomas neurológicos en los cinco pacientes tratados. El empleo del mismo agente por LAURENCE (71), ha sido satisfactorio en dos casos con compromiso intracraneano.

STEFFEY (100), que ha tratado pacientes con compromiso meningeo utilizando methotrexate intratecal, indica que los resultados han sido halagadores; puntualiza, además, que el tratamiento profiláctico de la complicación neurológica por este agente y por esta vía requiere que se realice una detenida investigación.

El tratamiento combinado de methotraxate y radioterapia en las complicaciones neurológicas ha sido propuesto por SULLIVIAN (104), quien refiere 3 casos de niños con infiltración leucémica en el sistema nervioso central, en los cuales las meninges espinales y las raíces de los nervios estaban comprometidos. El uso combinado de irradiación y quimioterapia intratecal produjo efectos favorables. El methotrexate intratecal fue usado para la infiltración meningea y la radiación para la infiltración de las raices espinales.

Es importante señalar que experimentalmente JOHNSON (60), ha encontrado que en ratas con leucemia LI210 en empleo de la quimioterapia sistémica y la irradiación del sistema nervioso produce efectos curativos sobre las lesiones.

RELACION ENTRE TIEMPO DE ENFERMEDAD, ANTES DEL COMPROMISO NEUROLOGICO Y LA FORMA CLINICA DE LA LEUCEMIA

	Cerebr.		P. Cran.		Ménig.		Médula		Raíces		Múltip.		Total	
	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.
0 - 10 d	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
11 - 20 d	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
21 - 30 d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1 - 2 m	4	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	7	1
3 - 4 m	4	2	—	—	1	—	—	2	—	—	2	—	7	4
5 - 6 m	1	—	—	—	4	—	—	—	—	1	—	—	5	1
7 - 8 m	1	—	—	—	1	—	—	—	—	2	1	—	3	2
9 - 10 m	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
11 - 12 m	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1 - 2 a	5	3	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	5	6
3 - 4 a	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	2
5 - 7 a	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Totales	19	5	1	1	9	—	—	4	—	6	3	1	32	17

Cuadro Nº 7

TIEMPO DE ENFERMEDAD LEUCEMIA ANTES DEL COMPROMISO NEUROLOGICO

Como vemos en el cuadro Nº 7, el compromiso neurológico se ha presentado en un período que varía de pocos días a 7 años de iniciada la enfermedad leucémica; el tiempo de enfermedad más corto previo al compromiso neurológico ha correspondido a un caso que presentó una forma cerebral; al más largo a un paciente con compromiso medular.

En la forma aguda de la enfermedad, el mayor número de casos ha tenido 1 a 2 meses y 3 a 4 meses previos de enfermedad a la aparición de los síntomas neurológicos; las formas cerebral y meningea han sido en este tiempo las más numerosas. Cinco casos con forma cerebral, han presentado su compromiso neurológico entre el primero y segundo año de enfermedad leucémica.

Las otras formas clínico-neurológicas vistas en la leucemia aguda se han presentado entre los 3 y 4 meses después de iniciada la enfermedad. Puede señalarse, al examinar el cuadro mencionado, que el tiempo com-

prendido entre 1 y 8 meses de iniciada la enfermedad leucémica es el más propicio para la aparición de cualquier tipo de complicación neurológica. Es necesario advertir que en este cuadro no hemos considerado la influencia del tratamiento en la aparición de la complicación neurológicas que como hemos anotado anteriormente, algunos autores, DE AJURIAGUERRA (31), JUDKIEWICZ (61), consideran que este compromiso es más propicio en enfermos que han sido tratados.

En la forma crónica de la enfermedad, el mayor número de pacientes han tenido compromiso neurológico después de 1 a 2 años de enfermedad leucémica; representando la forma cerebral el grupo más numeroso. Sin embargo, un tiempo de enfermedad de 3 a 4 meses previos a la aparición de síntomas neurológicos, no ha sido infrecuente en la forma crónica de la enfermedad.

Sin considerar la forma aguda o crónica de la enfermedad, cuadro Nº 7, observamos que el compromiso neurológico se ha presentado con mayor frecuencia, en dos grupos de pacientes, aquellos que tuvieron 1 a 4 meses de enfermdad 38.7% y otro cuya enfermedad tenía una antigüedad de 1 a 2 años, 22.4% de los enfermos. Como se observa en este mismo cuadro la forma de compromiso cerebral, practicamente, tanto puede presentarse en una corta historia de enfermedad, o puede hacerlo habiendo transcurrido varios meses que superan a un año.

Como señalamos en el cuadro mencionado, ningún paciente que tuvo la forma meningea ha tenido una historia que supere el año de enfermedad leucémica antes de la aparición del cuadro neurológico.

TIEMPO DE SOBREVIDA DESPUES DEL COMPROMISO NEUROLOGICO

La aparición de un compromiso del sistema nervioso en el curso de la leucemia, indudablemente altera el curso general de la enfermedad, particularmente cuando ese compromiso ha sido de la forma cerebral y entre éstas ha sido una hemorragia la que se ha presentado.

Tenemos la impresión de que el tratamiento sobre el cuadro neurológico modifica, en algunos casos y en algunas formas clínicas el pronóstico de estos enfermos.

Hemos dividido pacientes en dos grupos con el propósito de estudiar la sobrevida de los enfermos con compromiso neurológico que han recibido tratamiento dirigido a corregirlo y los que no han recibido este beneficio.

SOBREVIDA DESPUES DEL COMPROMISO NEUROLOGICO EN RELACION A LA FORMA CLINICA DE LA LEUCEMIA SIN CONSIDERAR EL TRATAMIENTO

	Cerebr.		P. Cran.		Meníng.		Médula		Raíces		Múltip.		Total	
	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.
0 - 1 d	5	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	1
2 - 10 d	3	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	1
11 - 20 d	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
21 - 30 d	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1 - 2 m	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	2
3 - 4 m	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	2
5 - 6 m	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
7 - 8 m	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
9 - 10 m	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
11 - 12 m	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1 - 2 a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
3 - 4 a	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	1	2
Totales	13	4	1	1	5	—	—	—	—	4	1	1	20	10

Cuadro Nº 8

Treinta pacientes no han recibido tratamiento, estos los consignamos en el cuadro Nº 8, donde observamos que la sobrevida ha sido muy corta, algunas horas en 7 pacientes, 6 de los cuales presentaron un compromiso cerebral, hemorragia en tres y forma tumoral en los otros y un compromiso meningeo; seis pacientes han sobrevivido de 2 a 10 días y también los que tuvieron compromiso cerebral forman el grupo más numeroso; en este mismo grupo, 4 pacientes han sobrevivido de 1 a 2 meses; 3 tuvieron la forma encefálica de la enfermedad cerebral. Podemos observar en este mismo cuadro que, en general, los pacientes con compromiso cerebral o meningeo son los que presentan la sobrevida más corta y los que presentaron compromiso radicular han sido los que mayor supervivencia han presentado.

En el mismo cuadro observando por separado los casos que han tenido compromiso neurológico en la forma aguda y crónica respectivamente, advertimos que los pacientes con compromiso cerebral tanto en uno como en otro grupo son los que han sobrevivido menos tiempo hecho

que es más notable en la forma aguda y son los pacientes con hemorragia los que más pronto han fallecido.

Por otro lado, en el cuadro Nº 9 donde se relaciona la supervivencia con la edad del paciente es claro que los enfermos del primer decenio han tenido una supervivencia menor.

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE SOBREVIDA DESPUES DEL COMPROMISO NEUROLOGICO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES

	EDAD							
	0 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	Tot
0 - 1 d	1	3	—	1	—	1	1	7
2 - 10 d	—	1	1	1	—	3	—	6
11 - 20 d	1	—	—	—	—	—	—	1
21 - 30 d	—	—	1	—	—	—	—	7
1 - 2 m	1	—	2	—	1	—	—	4
3 - 4 m	—	—	—	2	—	1	—	3
5 - 6 m	—	1	—	1	—	—	—	2
7 - 8 m	1	—	—	—	—	—	—	1
9 - 10 m	—	1	—	—	—	—	—	1
11 - 12 m	—	—	—	—	—	—	—	—
1 - 2 a	—	—	—	1	—	—	—	1
3 - 4 a	—	—	1	2	—	—	—	3
	4	6	5	8	1	5	1	30

Cuadro Nº 9

Diecinueve pacientes con compromiso neurológico han recibido tratamiento dirigido al sistema nervioso; se ha señalado, anteriormente, que únicamente hemos empleado la radioterapia en estos casos; ninguno de los casos con evidencia de compromiso cerebral que tuvieron cuadro hemorrágico han recibido tratamiento específico.

El cuadro Nº 10 reune todos nuestros casos tratados.

Tenemos la impresión de que el tratamiento ha modificado la supervivencia especialmente en los casos con compromiso cerebral con forma tumoral, uno de los casos tratados sobrevivió más de 5 meses y otro tiene una supervivencia que a la fecha es mayor de dos años.

En cuanto a los pacientes con forma encefálica tratados, han sobrevivido seis; uno más de once meses; los otros cinco han tenido una su-

SOBREVIDA DESPUES DEL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

	Cerebr.		P. Cran.		Menín g.		Médula		Raíces		Múltip.		Total	
	Ag.	Cr.	Ag	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.	Ag.	Cr.
1 - 10 d	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
11 - 20 d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
21 - 30 d	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	2
1 - 2 m	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	4	2
3 - 4 m	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	2	1
5 - 6 m	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
7 - 8 m	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
9 - 10 m	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
11 - 12 m	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1 - 2 a	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
	8	1	—	—	2	—	—	4	—	2	1	2	11	9

Cuadro Nº 10

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE SOBREVIDA DESPUES DEL COMPROMISO NEUROLOGICO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES DESPUES DEL TRATAMIENTO

	EDAD							
	0 - 5	6 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	Tot
0 - 1 d	—	—	—	—	—	—	—	—
2 - 10 d	—	—	1	—	—	—	—	—
11 - 20 d	—	—	—	—	—	—	—	—
21 - 30 d	1	—	2	—	—	—	—	6
1 - 2 m	—	4	1	—	—	—	1	6
3 - 4 m	1	1	—	1	—	—	—	3
5 - 6 m	—	1	—	—	—	—	—	1
7 - 8 m	—	—	—	—	—	1	—	1
9 - 10 m	—	—	1	—	—	—	—	1
11 - 12 m	—	—	—	—	1	—	—	1
1 - 2 a	—	—	1	1	—	—	—	1
	2	6	6	2	1	1	1	19

Cuadro Nº 11

pervivencia que practicamente no difiere a la obtenida en los pacientes con la misma forma clínica que no han sido tratados.

El beneficio del tratamiento en los pacientes con forma meníngea, todos los que se han presentado en la etapa aguda de la enfermedad, es difícil de evaluar a juzgar por los datos comparables consignados en los cuadros 8 y 10, pues en el primero, si bien es cierto que, tres enfermos no sobrevivieron más de 20 días aparece uno con una supervivencia de más de 3 meses, lapso que también han sobrevivido los dos únicos pacientes tratados en esta forma clínica. La existencia de un paciente con este compromiso que ha sobrevivido sin tratamiento más de 3 años, no es la forma frecuente de evolución de estos casos. Reconocemos que el número de casos estudiados, el número de casos tratados, es muy pequeño para hacer una justa apreciación en cuanto a la supervivencia en pacientes tratados o no, sin dejar de mencionar que otros factores, a parte del compromiso neurológico, tienen influencia en el curso final del paciente.

No podemos señalar la influencia del tratamiento en la sobrevivencia de los pacientes con compromiso medular ya que ninguno de los enfermos que hemos estudiado han dejado de tener tratamiento.

Dos pacientes que han tenido compromiso múltiple del sistema nervioso no han sobrevivido más de dos meses al tratamiento; en estos dos casos, el compromiso meníngeo que no respondió a las medidas terapéuticas ha sido el responsable de la muerte y en general se ha comportado como pacientes con compromiso cerebral y meníngeo no tratados, es decir, con supervivencia corta.

Como puede observarse en el cuadro N° 11 los pacientes más jóvenes que presentan los cuadros de compromiso cerebral y meníngeo más frecuente son los que incluso con el tratamiento tienen una supervivencia más corta.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En la historia clínica de 49 pacientes de leucemia que presentaron complicaciones neurológicas, atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, se ha estudiado los siguientes aspectos: Edad; sexo; patogenia del compromiso del sistema nervioso por la leucemia; formas clínicas; sintomatología de las formas clínicas; radiología; electroencefalografía; estudio del líquido cefalo raquideo; tratamiento de las complicaciones neurológicas. Supervivencia después del compromiso

neurológico en los pacientes que recibieron radioterapia y en los que no tuvieron tratamiento del compromiso neurológico.

Se han considerado las siguientes relaciones:

Edad, en relación al sexo y a las formas clínicas de leucemia, a las formas clínicas del compromiso neurológico en pacientes que recibieron tratamiento y en los no tratados.

Las formas clínicas del compromiso neurológico, en relación a las formas clínicas de la leucemia, al período de enfermedad previo al compromiso neurológico, al tiempo de sobrevida después del compromiso neurológico en pacientes que recibieron tratamiento y los no tratados.

Se formulan las siguientes conclusiones:

1.) El compromiso del sistema nervioso en el curso de la leucemia no es infrecuente. El 16.17% de los pacientes leucémicos han presentado alguna forma de compromiso del sistema nervioso.

La forma aguda de la enfermedad es más propicia para este compromiso. El 65.30% de los enfermos estudiados en la fase aguda presentaron alteraciones nerviosas; mientras que sólo el 34.70% de los enfermos con enfermedad crónica dieron síntomas neurológicos.

2.) La edad en que con mayor frecuencia se ha observado complicaciones neurológicas es la comprendida entre los 0 y 10 años, edad, que por otro lado presenta la mayor incidencia de leucemia aguda.

3.) El compromiso neurológico se ha presentado en 4 pacientes que nunca habían recibido tratamiento para la leucemia, 45 mientras recibían alguna forma de tratamiento antileucémico; en ningún caso se ha presentado compromiso del sistema nervioso como primera manifestación de una reagudización. En un caso el compromiso neurológico, medular, fue la primera manifestación de la enfermedad leucémica.

4.) El sexo masculino ha sido el que más complicaciones neurológicas ha presentado.

5.) Todos los segmentos del sistema nervioso son suceptibles de ser asiento de lesiones leucémicas; ocasionalmente, en un mismo caso se presenta síntomas que indican un compromiso múltiple.

6.) Las formas de presentación clínica pueden agruparse teniendo en cuenta el segmento del sistma nervioso mayormente comprometido. Se ha considerado varios grupos según este criterio: cerebral, de pares cra-

neanos, medular, meníngeo, de raices, plexos nerviosos y nervios periféricos, y compromiso múltiple.

7.) La forma de compromiso cerebral, considerando a los enfermos en conjunto, ha sido la más frecuente; ha llegado a un 53.06%. La leucemia aguda ha dado el mayor compromiso de esta forma con un 42.85% de los enfermos en esta etapa de la enfermedad.

El 14.29% de los casos han presentado compromiso meníngeo, todos en la leucemia aguda.

El compromiso de raices espinales con 12.24% sido el más frecuente en la forma crónica, donde le sigue el compromiso medular con 8.16%.

El compromiso de otras regiones ha sido menos numeroso.

8.) El tiempo de enfermedad previo al compromiso neurológico, en general, ha sido corto: 59.18% tuvieron una evolución de 1 a 8 meses y 22.44% evolucionaron de 1 a 2 años. El mayor período de enfermedad previo al compromiso neurológico ha correspondido a la leucemia crónica.

9. La supervivencia de los pacientes que presentaron compromiso neurológico, en general, ha sido corto: 28.16% fallecieron en los 10 primeros días y 20.40% sobrevivieron 1 a 2 meses. Los pacientes de la forma cerebral sobrevivieron menor tiempo.

10.) El tratamiento empleado para la complicación neurológica ha sido la radioterapia con el que ha conseguido una remisión de los síntomas en el 89.78% de los pacientes tratados, sin considerar la forma clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. AARSETH, S. Ofstad, E. and Torvik, A.: Macroglobulinaemia Waldenström. A case with Haemolytic Syndrome and Involvemente of the Nervous System. Acta Médica Scandinavica 169 (6): 691-699, 1961. — 2. ABRAHAMSEN, A.M.: (Mongolism and Leukemia). Nordisk Medicin 63 (16): 498-499, 1960. — 3. AMYOT, R.: (The Neuro-Hematologic Syndromes). L'Union Medicale du Canada 90 (10): 1118-1126, 1961. — 4. ANDERSON, W.A.D.: Pathology. 915, 920-921, 1961. — 5. ANHALT, A.W. and Forsey, R.: Herpes Zoster, Leukaemia Cutis and Leukaemic Infiltration of the Lesions of Herpes Zoster. Canadian Medical Associations Journal 75 (9): 750-751, 1956. — 6. ASCIONE, A.: Rotondi, F., Serra,

C., Lambiase, M. and Matano, F.: Electroencephalographic Findings in Leukemia). Haematologica 44 (2): 181-188, 1959. — 7. ASFORA, J., Jamra, M. and De Cillo, D.M.: (Neurologic Manifestations of Leukemia. Sao Poulo. Universidade. Facultade de Medicina. Hospital das Clinicas. Revista 18 (2): 79-96, 1963. — 8. ASPERTI, G. and Bettaglio, M.: (Opthllmoscopic Changes in Leukemia. Annali di Ottalmologia e Clinica Oculistica 88 (10): 491-494, 1961. — 9. BAKER, A.B.: Clinical Neurology. 2188-2190, 1962. — 10. BAKER, G.P. and Oliver, R.A.M.: Neurological Complications of acute leukemia in remission. Lancet i (7234): 837-838, 1962. — 11. BALESTRA, F. and Morandini, N.: (Transverse Medullary Syndrome as the First Symptom of Acute Hemocytoblastic Leukemia). Minerva Medica 53 (28): 1062-1065, 1962. — 12. BARRON, K., Hirano, A., Araki, Sh. and Terry, R.: Experiences with Metastatic Neoplasms Involving the Spinal Cord. Neurology 9 (2): 91-106, 1959. — 13. BEREZHKOVA, R.V. y Dormidontova, L.S.: Alterations in the Nervous System During Leukosis. Zhurnal Neuropatologii i Psikhiatrii 60 (5): 562-567, 1960. — 14. BLAND, J.E. Windmiller, J., Whitaker, J. y Clark, K.: Intrathecal Cyclophosphamide (Cytoxan) in Dogs. Cancer 14 (5): 1115-1116, 1961. — 15. BLOSSON, R.A.: The Mongolism-Leukemia Syndrome. Medicine 98 (2): 93-96, 1963. — 16. BORCHERS, H. y Mittelbach, F.: (Neurologic Disturbances in Blood Diseases). Der Internist 2 (2): 105-117,1961. — 17. BROOKS, W.: Fundamentals of Neuropathology. 301-327, 1954. — 18. CABANNE, F., Ballivet, J. y Tommasi, M.: Acute Leukosis with Predominantly Neurologic Manifestations Archives d'Anatomie Pathologique 10 (2): 130-132, 1962. — 19. CAFARO, G.: Changes in the Central Nervous System in Acute Leukemia. Policlinico 71 (16): 601-611, 1964. — 20. Cancer Bulletin: Tumor Clinic Conference. Cancer Bulletin 11 (3): 48-49, 1959. — 21. CASTRO DE LA MATA, O.: Neoplasias Secundarias del Sistema Nervioso Central y de las Meninges. Tesis Bachiller Facultad Medicina Lima, 1958. — 22. CAVANAGH, J., Greenbaum, D., Marshall, A. y Rubisnstein, L. Cerebral Demyelination Associated with Disorders of the Reticulcendothelial System. Lancet ii (7102). 524-529, 1959. — 23. CECIL-LOEB: Tratado de Medicina Interna. 1110-1121, 1964. — 24. CHAPTAL, J., Jean, R.; Izarn, P.; Campo, C.; Bonnet H. y Mandin A.: Evolutive Aspect of Treated Acute Leukoblastosis in Child. Pediatrie 13 (6): 661-673, 1958. — 25. CHAPTAL, J. y cols.: Neurologic Complications of Acute Leukemia in Children. Montpellier Médical 58 (4): 299, 1960. — 26. CHRISTIAENS, L. y Nuyts, J.: Initial Neurologic Manifestation of Acute Leukemia in a 5 Years Old Boy. Lille Médical 8 (4): 515-518, 1963. — 27. CRAMBLETT, H.: Recognitions an Treatment of Intracranial Manifestations of Leukemia. A.M.A. Journal of Diseases of Children 97 (6): 805-812, 1959. — 28. CZARNECKI, J. y Gurda, M.: Cerebrospinal Meningitis in the Course of Chronic Myelosis. Wiadomosci Lekarskie 16 (21): 1667-1671, 1963. — 29. CZARNECKI, J. y Niezabitowski, A.: Leukemic Infiltrations in the Central Nervous System During Acute Leukemia. Polski Tygodnik Lekarski 18 (50): 1892-1894, 1963. — 30. D'ANGIO, G., Evans, A. y Mitus, A.: Roentgen Therapy of Certain Complications of Acute Leukemia in Childhood. American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine 82 (3): 541-553, 1959. — 31. DE AJURIAGUERRA, J., Lyon, G. y Co-

lomb, D.: Intracranial Hypertension Syndrome in the Course of an Acute Leukemia. Acta Neurológica et Psychiatrica Belgica 59 (9): 1017-1032, 1959. — 32. DAMESHEK, W. y Gunz, F. 2th, Edition 1964. — 33. DEREUX, J.: Nervous Involvement With Meningeal Reaction Indicative of Lymphatic Leukemia. Revue Neurologique 110 (1): 53-55, 1964. — 34. DOWNEY, H.: Handbook of Hematology. Vol. IV, 2889, 1938. — 35. DUSTIN, P.; Mage, J.; Martin, Ph. y Robert J.: Flaccid Paraplegia With Severe Initial Symptoms As The First Sign of Acute Leukemia. Médico-Psychologique 116, II (3): 576, 1958. — 36. EPSTEIN, B.: Vertebral Changes an Childhood Leukemia. Radiology 68 (1): 56169, 1967. — 37. ESTES, H. y Millikan, C.: Polyneuritis And Radiculitis Associated With Multiple Myeloma: Report of Case. Proceedings Staff Meetings of the Mayo Clinic 29 (16): 453-454, 1964. — 38. EVANS, A.: The Cerebrospinal Fluid of Leukemic Children Without Central Nervous System Manifestations. Pediatrics 31 (6): 1024-1027, 1963. — 39. EVANS, A., D'Angio G. y Mitus, A.: Central Nervous System Complications Of Children With Acute Leukemia. Journal of Pediatrics 64 (1): 94-96, 1964. — 40. EVANS, A. y Craig, M.: Central Nervous System Involvement In Children With Acute Leukemia. A Study Of 921 Patients. Cancer 17 (2): 256-258, 1964. — 41. FLEURY, M.; Dufour, P. y Boucher, S.: Vertebral Localizations of Acute Leukemia. Journal de Radiologie, d'Electrologie et de Médecine Nucléaire 40 (8/9): 464, 1959. — 42. FREIREICH, E.; Thomas, L., Frei, E., Fritz, D. y Forkner, C.: A Distinctive Type Intracerebral Hemorrhage Associated with "Blastic Crisis" In Patients With Leukemia. Cancer 13 (1): 146-154, 1960. — 43. GASSER, C.: Leukemic Meningosis. Schweizersche Wonchenschrift 90 (43): 1193-1197, 1960. — 44. GROCH, S.; Sayre,, G. y Heck,. F.: Cerebral Hemorrhage in Leukemia. A.M.A. Archives of Neurology 2 (4): 439-451, 1960. — 45. GERMAN, J.; De Mayo, A. y Bearn, A.: Inheritance of an Abnormal Chromosome in Down's Syndrome (Mongolism) With Leukemia. American Journal of Human Genetics 14 (1): 31-43, 1962. — 46. GILBERT, E. y Clarence, E.: Neurologic Manifestations Of Leukemia. Report of Three Cases in Children Simulating Acute Bacterial Meningitis. Pediatrics 19 (5): 801-809, 1957. — 47. GIRAUD, G., Latour, H., Izarn; P. y Cols.: Vertebral Osseous Changes In The Course Of A Subacute Lymphoblastosis. Montpellier Médical 57 (4): 484-493, Journal of Clinical Practice 11 (2): 119-123, 1957. — 49. GOUDEMAN, M. y COLS.: A Propos of Neurological Manifestations Of Acute Leukosis, The Pseudotumoral Leukosic Meningo-Encephalitis. Lille Médical 7 (5): 395-411, 1962. — 50. GUERRA, V.: Leucemias y Linfomas Malignos en el Hospital Rosales. Tesis Doctoral: Facultad Medicina, Universidad El Salvador, 1960. — 51. GUTKPWSKI, F.: Nursing The Leukemic Child With Central Nervous System Involvement. American Journal of Nursing 63 (4): 87-88, 1963. — 52. HAYHOE, F.: Leukaemia Research and Clinical Practice. 1960. — 53. HAYWARD, J. y CAPTODANNO, J.: Trigeminal Neurological Signs Of Leukemia. Journal of Oral Surgery 21 (6): 499-504, 1963. — 54. HARRISON, T.: Principles Of Internal Medicine. 3th. Edition, 1958. — 55. HEADINGTON, J. y UMIKER, W.: Progressive Multifocal Leukoencephalopathy. A Case Report. Neurology 12 (6): 434-439, 1962. — 56. HEWITT, H.: Studies of the Dissemination and Quantitative Transplantation of Lymphocytic

Leukemia of CBA Mice. Cancer 12 (3): 378-401, 1958. — 57. HOVEID, P.: Aclute Myelogenous (Promyelocytic) Leukemia With Progresive Meningo-Cerebral Involvement During Hematologic Remission. Nordisk Medicin 62 (42): 1521-1523, 1959. — 58. HUBER, A.: Papilledema In Leukemia. Ophtalmologica 141 (4): 290-300, 1961. — 59. IGARASHI, Y.: Clinical And Pathological Studies Of Intracranial Hemorrhage In Leukemia And Plastic Anemia. Journal Keio Medical Society 35 (9): 770-782, 1958. — 60. JOHNSNO, R.: Combined Systemic Chemotherapy and Central Nervous System Irradiation in the Treatment of Mice with LI210 Leukemia. Cancer Chemotherapy Report (31): 67-68, 1963. — 61. JUDKIEWICZ, L., y COLS.: Case of Intracranial Complications in the Course of Leukemia. Pediatria Polska 37 (11): 1215-1219, 1962. — 62. KADYROVA, T.: Affections of the Nervous System in Polycythemia, Birmer's Diseases and Leukoses. Klinicheskaya Meditsina 37 (9): 132-137, 1959. — 63 KADYROVA, T.: Disturbances of the Peripheral Neuvous System in Leukemia. Klinicheskaya Meditsina 39 (6): 74-77, 1961. — 64. KALUGINA, L.: Clinical Forms of Acute Leukemia. Terapevticheskii Arkhiv 31 (5): 73-77, 1959. — 65. HAUSLER, J. y SEYSS, R.: A Case of Leukemic Infiltration in a Child's Vertebral Body. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und Nuklearmedizin 86 (3): 401-403, 1957. — 66. KOLOMIITSEVA, I. y MOKHONKVA, A.: Nervous Lesions in Leukemias. Klinicheskaya Meditsina 36 (9): 67-71,1958. — 67. KOMORI, Y.: Nervous Disturbances in Leukemia. Nogaya Medical Association. Journal 81 (1): 202-252, 1960. — 68. KULYABKO, O.: Blood Mediators In The Dynamics Of The Leukemic Process In Children. Problemy Gematologii i Perelivaniya Krovi 4 (2): 22-25, 1959. — 69. KVICALA, V. y MIKULASKOVA, E.: Neurological Complications of Leukemia. Casopis Lékaru Ceskych 101 (43): 1279-1284, 1962. — 70. LANDAU, J.: Acute Cerebral Phycomycosis (Mucor-Mycosis). Journal of Pediatrics 61 (3): 363-385, 1962. — 70a. LANDA, R. y GARCIA V. En prensa. — 70b. LUPUS, S. The Cerebro-espinal Fluid. 1954. — 71. LAURANCE, B.: Intracranial Complications of Leukemia Treated With Intrathecal Amethopterin. Archives of Disease in Childhood 36 (185): 107-110, 1961. — 72. LAURENCE, B.: Intracranial Complications of Leukemia Treated With Intratheclal Methotrexate. Bristol John Wright and Sons, 69-72, 1962. — 73. LEGER, H. y COLS.: Neurologic Termination of A Reticulopathy in the Form of A Long Lasting Monocytic Leukemia. Toulouse Médical 62 (3): 169-176, 1961. —
74. LIGHTWOOD, R. y COLS.: Observations on 100 Cases of Leukemia in Childhoo
74. LIGHTWOOD, R. y COLS.: Observations on 100 Cases of Leukemia in Chil-
hood. British Medical Journal (5175): 7471752, 1960. — 75. MARTINETTI, L. y MAZZA, L.: Neurologic Manisfestations in Leukemia. Progreso Medico 16 (21): 728-734, 19650. — 76. MELCHIOR, J. y COLS.: Vacuolized Lymphocytes in Peripheral Blood As A Screening The in Progresive Neurological Diseases. Danish Medical Bulletin 9 (4): 83-86, 1962. — 77. MICHALOWICZ, R. y OCHOCKA, M.: Neurologic Symptoms in Leukemias of Children. Pediatria Polska 36 (11): 1139-1144, 1961. — 79. MOORE, E. y COLS.: The Central Nervous System In Acute Leukemia. A Postmortem Study of 117 Consecutive Cases, With Particular Reference To Homorrhages, Leukemic Infiltrations, and the Syndrome of Meningeal Leukemia. A.M.A. Archives of Internal Medicine 105, (3): 451-460, 1960. —

80. MORTARA, M. y MARTINETTI, L.: Acute Leukemia in Mongoloid. Minerva Medica 52 (94): 4075-4076, 1961. — 81. MUSLIVY, M. y WIEDERMANN, B.: Neurological Manifestations in Leukemia. Acta Universitatis Polackinea Olomucensis 5: 245-253, 1955. — 82. NOSTZEL, H.: 'Extensive Intracerebral Metastasis in Chronic Lymphadenosis. Beiträge zur Patholo gischen Anatomie und zur Allgemeinen Pathologie 119 (1): 114-118, 1958. — 83. NEHLIL, J. y AURIOL, M.: Neurological Manifestations of Leukemia: 4 Anatomo-Clinical Cases. Revue Neurologique 109 (5): 551-554, 1964. — 84. OEHME, J.: The Clinic and Therapy of Acute Leukoses of the Child, with Particular Considerations of Physiological and Psychological Considerations. Mediizinische Klinik 55 (22): 956-959, 1960. — 85. OKINAKA, SH., TOYOKURA, Y. y NAKAO, K.: Clinico-Pathological Studies on the Nervous System in Blood Desease. (1) Lesions of the Central Nervous System in Leukemia-Statistic Observations on 170 Autopsy Cases of Leukemia. Acta Haematologica Japonica 16 (2): 53-58, 1953. — 86. OKINAKA, SH. y COLS.: Cerebral Hemorrhage in Leukemia. Saishin Igaku 12: 341-451, 1957. — 87. OLMER, J.: Acute Paramyeloblastic Leukemia: Long Remission Followed by Appearance of Multiple Osteoperiostic and Meningeal Tumors with Nervous Symptoms. Sang 31 (2): 157-158, 1960. — 88. OL'SHANSKAYA, T., PEN, R. y TURBINA, N.: Problems of Childhood Leukoses. Pediatriya 37 (11): 3-7, 1959. — 89. ORTOLANI, M.: May One Speak About An Epidemic Course of Acute Leukemia in Children. Monatsschrift für Kinderheilkunde 107 (3): 151, 1959. — 90. PIERCE, M.: Neurologic Complications in Acute Leukemia in Children. Pediatric Clinics of North America 9: 425-442, 1962. — 91. REUSSI, C. y COLS.: Hodgkin's Disease and Diabetes Insipida. Leukemia and Diabetes Insipida. Revista de la Asoción Médica Argentina 75 (8): 401-408, 1961. — 92. ROBBINS, S.: Textbook of Pathology. 576-580, 1957. — 93. SARDESAI, H. y BHATIA, K.: Lymphosarcoma with Myeloid Leukemia. Case Report. Indian Journal of Medical Sciences 13 (10): 849-851, 159. — 94. SAUERBREI, H.: Meningi-Encephalo-Myelopathia Leucaemica Münchener Medizinische Wochenschrift 106 (2): 75-78, 1964. — 95. SHANBRON,E. y COLS.: Intrathecal Administrations of Amethopterin in Leukemic Encephalopathy of Young Adults. New England Journal of Medicine 265 (4): 169-171, 1961. — 96. SHAW, R. y COLS.: Meningeal Leukemia. A Syndrome Resulting From Increased Intracranial Pressure in Patients with Acute Leukemia. Neurology 10 (9): 823-833, 1960. — 97. SIBLEY, W. y WEISBERGER, A.: Demyelinating Disease of the Brain in Chronic Lymphatic Leukemia. Archives of Neurology 5 (3): 300-307, 1961. — 98. SINGH, A. y PATHANIA, N.: Neurological Manifestations of Leukemias: A Report of four Cases. Indian Medical Association. Journal 40 (4): 167-170, 1963. — 99. SPRIGGS, A. y BODDINGTON, M.: Leukemic Celis in Cerebrospinal Fluid. British Journal of Haematology 5 (1): 83-91, 1959. — 100. STEFFEY, J.: The Central Nervous System Manifestations of Leukemia. A Report of 6 cases with Meningeal Involvement. Journal of Pediatrics 60 (2): 183-190, 1960. — 101. STRANSKY, E. y CAMPOS, P.: Central Nervous System Involvement in Acute Leukemia. Acta Medica Philippina 11 (4): 853-860, 1955. — 102. STYJULKOWSKI, C. y COLS.: Intravitally Diagnosed Cryptococcic Sepsis, Involving Mainly The Central Nervous System, Observed During Chronic Lymphatic Leuke-

mia. Polski Tygodnik Ledkarski 19 (3): 104-107, 1964. — 103. SULLIVIAN, M.: Intracranial Complications of Leukemia in Children. Pedriatrics 20 (5,I): 757-781, 1957. — 104. SULLIVIAN, M.: Leukemic Infiltrations of Meninges and Spinal Nerves Roots. Pediatrics 32 (1): 63-72, 1963. — 105. THOMAS, L. y COLS.: Pathology of The Spread of LI210 Leukemia in The Central Nervous System of Mice and Effect of Treatment with Cytoxan. National Cancer Institute. Journal 28 (6): 1355-1389, 1962. — 106. THOMAS, L. y COLS.: Development of Meningeal Leukemia (LI210) During Treatment of Subcutaneously Inoculated Mice with Methotrexate. Cancer 17 (3): 352-360, 1964. — 107. TESCOLA, F.: A Case of Histioleukemia with Initial Neurologic Appearance of the Guillain-Barré Symdrome. Clinica Pediatrica 40 (12): 977-989, 1958. — 108. URSU, A. y COLS.: Meningeal and Spinal Lesions in Leucosis. Morfologia Normala si Patologica 4 (4): 363-366, 1959. — 109. VAN RYMENANT, M. y ROBERT, J.: Enzymes in Cancer. II. The Isocitric Dehydrogenase of the Cerebrospinal Fluid in Various Cancerous and Non-cancerous Conditions. Cancer 13 (5): 878-881, 1960. — 110. WELLS, CH. y SILVER, R.: The Neurologic Manifestations of the Acute Leukemias: A Clinical Study. Annals of Internal Medicine 46 (3): 439-449, 1957. — 111. WHITESIDE, J. y COLS.: Intratecal Amethopterin in Neurological Manifestations of Leukemia. A.M.A. Archives of Internal Medicine 101: 279-285, 1958. — 112. WILHYDE, D., JANE, J. y MULLAN, S.: Spinal Epidural Leukemia. American Journal of Medicine 34 (2): 281-287, 1963. — 113. WILLIAMS, H. y COLS.: The Pathogenesis and Management of Neurological Complications in Patients with Malignat Lymphomas and Leukemia. Cancer 11 (1): 76-82, 1958. — 114. WINTROBE, M.: Clinical Hematology. 5th. Editions 1962. — 115. ZIMMERMANN, H.: The Problem Of Meningeal Leukemia And Meningeal Reticulosis. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 91 (51): 1555-1561, 1961.

ESTUDIOS SOBRE LA HARMINA Y EL AYAHUASCA *

I. DESCRIPCION FENOMENOLOGICA Y EVALUACION CLINICA DEL PSICOSINDROME

Oscar Ríos **
Máx Hernández ***
Moisés Lemlij ***
Federico León ****

INTRODUCCION.

Considerando que desde hace relativamente pocos años la psiquiatría utiliza los psicodislépticos como coadyuvantes de la psicoterapia individual y de grupo, resulta del mayor interés la investigación psicológica y sociológica de un peculiar modo de curanderismo, que desde tiempo remoto, se viene practicando, particularmente en nuestro medio. Decimos particularmente en nuestro medio ya que la información recogida a través de la literatura (28) (21) sobre el uso de sustancias similares en otras regiones de Latino América refiere su empleo, preponderante, si no exclusivo, a áreas culturales aborígenes y en el contexto de ceremoniales mágico-religioso. En el Perú se da el caso de que el uso de psicodislépticos con propósitos de curanderismo es ampliamente aceptado en el área cultural urbana de extensas regiones. En el norte de la Costa y Sierra se emplea fun-

---

* Ponencia presentada al III Congreso Latino Americano de Psiquiatría. Lima, Oct., 1965.

** Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

*** Médicos Residentes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

**** Psicólogo. Profesor Contratado. Facultad de Letras. Universidad Católica. Sección de Psicología.

damentalmente una cactácea (6) (12), la Opuntia cylíndrica que contiene mescalina; en el Oriente peruano las banisterias - que contienen harmina - y algunas daturáceas conocidas con los nombres genéricos de toé, chamico, y floripondio, para referirnos sólo a las que nos merecen atención dentro de esta perspectiva.

Nos ha sido dado observar a tres de nosotros (*), al asistir a sesiones de curanderismo en la Sierra Norte y en la Selva, que los recursos empleados por los curanderos que utilizan estas plantas coinciden con algunas de las más recientes adquisiciones de las técnicas de psicoterapia grupal e individual. Señalamos por ejemplo la utilización de la música como factor operativo en la inducción y organización, tanto del psicosíndrome como de la cohesión grupal.

El presente trabajo se refiere a la investigación de los efectos clínicamente apreciables inducidos por la Harmina, el principio activo de una especie de Malpiguiacea, el Cabi paraensis Ducke (7) al ser administrada a sujetos normales, así como los efectos de la pocion propia de los curanderos denominada Ayahuasca **.

Nuestro interés se encamina en particular a precisar sus efectos psicodislépticos en el contexto de la investigación farmacopsiquiátrica actual. Hemos de advertir, sin embargo, que una derivación importante de nuestros propósitos está orientada hacia el estudio de las técnicas empleadas por los curanderos durante su administración, lo que configura un campo de mayores implicaciones que el de lo puramente farmacológico y clínico al que se refiere esta comunicación, pero que, en referencia al cual el presente estudio resulta imprescindible.

MATERIAL Y METODO.—

La inducción del psicosíndrome se realizó en un total de 32 sujetos en cuya selección, a través de entrevistas psiquiátricas, se comprobó la ausencia de alteraciones de índole psicótica, así como de antecedentes familiares y personales catalogables como tales. A trece de ellos especialmente seleccionados, se les aplicó, previamente, el test de Rorschach y

---

* Ríos y Lemlij en la Selva, Hernández en la Sierra Norte.

** Ayahuasca, yagé, capí y cabí son nombres vulgares con los que se conoce en diversas partes de Latino América a las especies psicotóxicas de Banisterias y al Cabi paraensis Ducke. Una amplia información acerca de los aspectos folklórico, botánico, fitoquímico, farmacodinámico, asi como una bibliografía exhaustiva, pueden encontrarse en una publicación anterior de uno de los autores (O. Ríos).

Weschler. Se practicó en todos un examen fisiológico general y se estableció, anamnésicamente, que no presentaban antecedentes próximos de padecimiento hepático o del aparato digestivo en general.

La edad de los sujetos varió de 17 a 38 años. Dieciocho fueron estudiantes universitarios, dos médicos psiquiatras, nueve empleados con instrucción media completa y cuatro escritores, tres de ellos poetas.

Se utilizó harmina en forma de clorhidrato en solución acuosa y la poción denominada ayahuasca recientemente preparada que nos fué enviada desde Iquitos por un curandero.

Las muestras vegetales de ayahuasca obtenidas de la selva adyacente a Contamana -localidad situada sobre el Ucayali- fueron identificadas como Cabi paraensis en el Departamento de Botánica y Fitoquímica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de San Marcos. El alcaloide que se extrajo de ellas fué identificado como harmina mediante cromatografía y espectrofotografía. La espectrofotometría determina las absorciones máximas y mínimas, características de la harmina (300 y 272 m) y la cromatografía reveló la existencia de un solo alcaloide.

En 10 sujetos la vía de incorporación del clorhidrato de harmina fué la oral y en 10 la intramuscular. Las dosis por vía i.m. variaron del 1.5 mg. a 5 mg. por kg. de peso corporal; las dosis per os variaron entre 3 y 10 mg., también por kg. de peso.

La poción -preparada por un procedimiento de trituración y decocción- se administró por vía oral en cantidades que variaron de 80 a 150 cc. como dosis totales. No fué posible la titulación del alcaloide en estos extractos ni la identificación de la especie botánica a partir del cual fueron preparados.

Las observaciones se hicieron en recintos relativamente silenciosos y susceptibles de ser oscurecidos.

Los sujetos de experimentación permanecieron en reposo la mayor parte del tiempo que duró las pruebas siendo observados continuamente durante un promedio de 4 horas. A 15 se les controló la tensión arterial y la frecuencia del pulso cada 20 minutos y a todos por lo menos dos veces durante la intoxicación.

La exploración se realizó invitando al sujeto a relatar todo fenómeno nuevo que percibiera o vivenciara tanto en la esfera somática como psíquica. La ampliación de los datos obtenidos se realizó por interrogatorios selectivos, evitando en lo posible la sugestión. En 15 casos nos fué posible registrar los protocolos en cinta magnetofónica. En 12 casos estos regis-

tros fueron complementados por relatos catamnésicos orales o escritos. En 5 casos se invitó a comentar el testimonio grabado, buscando aclarar algunos aspectos ambiguos o incompletos.*

No se utilizó placebos y, a manera de evitar en alguna medida la sugestión, se manifestó a los sujetos que las variaciones individuales en los efectos de la droga eran extremas y que en muchos casos resultaba inefectiva.

Además, los autores experimentaron personalmente los efectos de la droga en forma de clorhidrato de harmina y de poción, con miras a obtener una mejor comprensión del psicosíndrome. Estas experiencias no se han considerado en la casuística.

RESULTADOS.

OBSERVACIONES PRELIMINARES. Referiremos primeramente, que, con las dosis usadas, encontramos un margen considerable de variaciones en cuanto a la producción de alteraciones mentales. Sin embargo, siendo nuestro interés principal en esta comunicación, caracterizar minuciosamente el síndrome psicológico inducido, consideraremos globalmente los resultados obtenidos en ese orden sin referirlos a tales dosis. Esa relación, así como las variaciones dependientes de las circunstancias en las que se realizaron nuestras experiencias, de la incidencia de efectos neurovegetativos y somatomotores, etc., serán comentadas después de la descripción semiológica y a propósito de ella.

Los efectos fisiológicos en particular serán consignados global y sumariamente.

En cuanto a las manifestaciones prodrómicas, cuando se empleó la vía i.m., empezaron a presentarse de 10 a 15 minutos después de la inyección. Cuando la droga fué incorporada oralmente, entre los 30 y 45 minutos. Consistieron ellas en síntomas de tipo neurovegetativo; principalmente mareos, salivación, temblor fino generalizado, náuseas, sensasión de pesadez y laxitud (general o localizada), sensación de frío o calor, y una sensación peculiar de tremor que generalmente era descrito como embriaguez. Estas manifestaciones variaron en cuanto a su intensidad y solamente en pocos casos faltaron algunas de ellas.

---

* Para comentar algunos fenómenos típicos o especiales. Gran parte del material obtenido será utilizado como base para la elaboración de un estudio de índole teórica sobre la psicopatología del campo de la conciencia durante la intoxicación por diversos psicodislépticos.

Es de anotar que, en varios casos, pese a que las reacciones neurovegetativas fueron intensas, no se presentaron alteraciones psicológicas significativas en relación al sentido en que formulamos la investigación.

EFECTOS PSICOLOGICOS.

Para la descripción de estas alteraciones procederemos a ordenarlas refiriéndolas a las funciones parciales. Debemos puntualizar, no obstante, que, aún desde el punto de vista de la descripción clínica, resulta inexacta una caracterización semiológica por funciones ya que, de ese modo, mediante esa atomización, violentamos el caracter unitario del fenómeno. La estructuración de los síntomas en el decurso vivencial de la experiencia es el hecho básico y tipificante del cuadro. En realidad, la consideración de la estructura transitiva de la conciencia en la que se engloba la intencionalidad -tal como lo concibe la fenomenología- debería presidir el análisis de lo vivido durante la intoxicación. Sin embargo, habiendo optado por la caracterización sindrómica y en vista de algunas exigencias formales conexas a la ocasión del presente relato, procederemos según lo enunciado previamente.

Alteraciones de la percepción.— En todos los casos, y desde el comienzo del efecto de la droga, se observó diversas alteraciones de la sensibilidad general. Entre las cenestésicas, las más manifiestas fueron: sensación de movimiento, estando el sujeto en reposo, en especial de arriba hacia abajo y viceversa o a manera de bamboleo; sensación de laxitud, pesadez o ingravidez del cuerpo, total o segmentaria; sensación de falta de flexibilidad de las articulaciones; sensación de temblor o del paso de "una corriente eléctrica".

Como alteraciones en la percepción quinestésica se presentaron experiencias ilusorias de falta de gravedad y desplazamiento con la vivencia de estar flotando o de estar en movimiento.

Un fenómeno peculiar de las alteraciones cenestésicas que observamos fué su relación compleja con otros transtornos en áreas diferentes de la percepción. Esto será comentado más adelante.

Alteraciones en la intensidad de las sensaciones.— Se registró en varias oportunidades, una disminución del umbral con respecto a la intensidad de los estímulos auditivos. Los ruidos, en especial, eran percibidos como muy molestos.

Alteraciones en la percepción del espacio y del movimiento.— En tres casos, en un ambiente en penumbra, se observó micropsias y macrop-

sias alternantes. En cinco casos, ilusiones de movimiento. Unas veces los sujetos veían a los objetos como dotados de movimiento vibratorio amplio; otras veces, los objetos eran vistos en desplazamiento o movimiento ondulante, acercándose o alejándose del sujeto.

Extrañeza de lo percibido. —Este fenómeno fue frecuente en relación al ambiente, incluyendo al explorador como objeto. La habitación en la que se realizaba la experiencia, en su conjunto o parcialmente, era vivenciada como extraña, lo que resultaba inexplicable para el sujeto. Estas experiencias tendían a derivar en vivencias de desrealización.

Ilusiones.— En la mayoría de los casos se presentaron fenómenos ilusorios visuales no figurativos. Estos consistían en la visión de puntos, rayas, formas ondulantes en movimiento rápido, etc. Tales visiones eran susceptibles de transformación y de cambios en la velocidad o dirección de su movimiento, ya sea ante estímulos del medio ambiente, cambios de posición o asociaciones sinestésicas. Estas ilusiones se ubicaban en el campo visual objetivo. En la mayoría de los casos las ilusiones se presentaban solamente cuando el sujeto mantenía cerrados los ojos, en una habitación en penunbra y desaparecían al modificarse estas condiciones. La minoría de veces -cuatro sujetos- permanecían aún cuando abrieron los ojos y la habitación estaba iluminada. Por otra parte, las ilusiones propendían a organizarse como composiciones geométricas complejas o figuras ornamentales barrocas u orientales. Su imbricación con diversas cenestesias, así como su propensión a asociarse al contexto afectivo, serán motivo de un comentario posterior.

Paraidolias y otros fenómenos pseudo perceptivos.— Estos fenómenos fueron observados en ocho casos; se presentaron como la visión de figuras superpuestas a los objetos en los que el sujeto fijaba la vista, particularmente si el ambiente estaba en penumbra. Sólo en tres casos persistieron al ser iluminado aquel. Unas veces se trataba de configuraciones vagas y tenues, otras, de figuras nítidas, coloreadas, corpóreas, persistentes. Los sujetos las visualizaban con una conciencia total de la irrealidad del fenómeno y las comparaban a menudo con las que se dan al espectar un filme.

Especial interés merecen los fenómenos pseudoperceptivos que participan de los caracteres de las pseudoalucinaciones y de los fenómenos fantásticos de la visión, sin llegar a ser exactamente como los caracterizados por Kandinsky y Müller. Estas figuras se dan en penumbra, con los ojos abiertos, se ubican en el campo visual externo pero sin integrarse al espacio "objetivo". El fondo en que se dan no corresponde al "mundo

objetivo" de los sentidos. Se los concibe como irreales y no cambian con el movimiento de los ojos, necesariamente. Más frecuentemente, estas imágenes surgen en el campo oscuro de los ojos.

Un fenómeno importante que debe destacarse es el que, en el contexto temático en que son susceptibles de organizarse las pseudopercepciones o, más exactamente, en la organización de un campo de conciencia, el sujeto se vivencia englobado en lo argumental y en lo tético de dicho campo. Tal vivencia podía desaparecer al abrir los ojos, al ser solicitada la atención por un estímulo o por un esfuerzo integrativo.

También debemos destacar una variación dada por la complejidad conque pueden experimentarse estas vivencias, nos referimos a complicadas sinestesias en relación a la conciencia dorporal. En efecto, la conciencia corporal puede alterarse, notablemente, en relación a la vivencia de las posiciones del cuerpo, a las sensaciones vitales y, en fin, a su conexión con el espacio. Por ejemplo: Una alucinación cenestésica de flotar en el espacio que puede darse en el contexto de una percepción auditiva, se incorpora a una pseudopercepción óptica. Por decirlo de alguna manera: Una música es, a la vez, "esas formas que ondulan rítmicamente, que tienen el aspecto de extrañas nubes y en las que *está* flotando mi cuerpo". En este caso se trataría de una sinestesia auditivo-óptico-cenestésica. A continuación citamos dos descripciones que ilustran estas vivencias:— Veamos una sinestesia óptico-auditiva: "El ruido de la moto (estímulo real) es un rugido que hace Ud., ¿no vé?; esta haciendo esas muecas, *veo* y oigo *el rugido*, eso me escarapela el cuerpo". Otra: "Me siento flotar, más rápido o más despacio según Ud. habla; Ud. también se mueve al compás de sus palabras". Esto es una sinestesia auditivo-cenestésico-óptica.

Alteraciones de la conciencia *.— Las alteraciones más señaladas en esta

* Hemos optado por no considerar en esta comunicación el análisis de lo que Delgado llama "función configuradora de la vivencia", cuando desarrolla la fenomenología del campo de la conciencia, no sólo en cuanto a su constitución y su grado de independencia, sino -como lo señala Ey- en tanto que "organización del ser conciente, es decir de la articulación del yo con sus experiencias", por considerar que todo ello señala un valioso campo de investigación que debe ser abordado autónomamente. Al presente estamos realizando un estudio que aborda las alteraciones que se dan en la organización del campo de la conciencia durante la intoxicación por psicodislépticos; justamente Ey erige sus consideraciones psicológicas advirtiendo que las sutilezas de tal análisis sólo han sido posibles de ser esclarecidas a partir de los fenómenos patológicos que la afectan. (Cf.: Henry Ey: Fenomenología del campo de la conciencia. Atlántida. Revista del Pensamiento Actual. Mayo-Junio 1963. v. I Nº3. ed. Rialp. y Honorio Delgado: Contribuciones a la Psicología y a la Psicopatología. pp. 348-9. Peri Psyches ed. 1962. Lima).

esfera son las de la conciencia del yo y del tiempo vivido. Entre las primeras: Despersonalización -somato y autopsíquica- y desrealización. Estas experiencias se dan en algunos casos a partir de alteraciones de las sensaciones corporales; p. Ej.: Sentimiento de tener el cuerpo vacío o de que los sentidos funcionan autónomamente, "como si no fueran míos". En otros casos, todo el ambiente es vivenciado como yerto y sin vida o, en fin, se da directamente una impresión de no ser el mismo en el sentido de sentirse extraño. En cuanto a la conciencia del tiempo, cuatro sujetos refirieron experiencias de lentificación del tiempo vivido; sin embargo, les era posible discernir, sobre todo ante una solicitación del explorador, la irrealidad del fenómeno.

Alteraciones del pensamiento.—Lo más significativo en este campo es la tendencia a abandonar las categorías abstractas y cursar con contenidos perceptivos, pseudoperceptivos o representativos. De otro modo, podríamos decir que se trata de una aglutinación de lo conceptual con los contenidos perceptivos *. Por Ej.: Propuesta la operación siguiente: 2 + 3 — 2, el sujeto comenta: "Veo dos velas que son empujadas por otras tres y luego estallan en dos".

En ningún caso se han presentado delusiones. Tan poco han habido manifestaciones clínicamente apreciables de confusión o incoherencia en sentido estricto.

Alteraciones de la afectividad.—En seis casos observamos estados de bienestar, referidos como vivencias muy peculiares de embriaguez deleitosa. En un caso, el relato sugiere un estado equiparable a las vivencias de éxtasis. En otro se dió como vivencia de lucidez omnisciente cuya verbalización resultaba imposible.

Más frecuente fué la presencia de angustia ligada a vivencias de despersonalización, desrealización o extrañeza de lo percibido. La angustia también se manifestó referida a algunas regiones del cuerpo en relación a alteraciones en la conciencia corporal segmentariamente captadas ("Siento una angustia de las rodillas para abajo"). La mayoría de estos estados fueron fugaces, fluctuantes o alternantes con vivencias de tranquilidad o euforia.

En tres casos se dió un incremento notable del "raport" con el explorados. En un caso, esta situación dió lugar a una amplia catarsis que,

---

* Aldous Huxley se ha referido a este fenómeno con una expresión literaria de singular brillantez y no poca precisión: "El percepto se tragaba al concepto" (Véase Huxley, Aldous: "Las puertas de la Percepción", Edit. Sudamericana, Colección Arion, Trad. Miguel Hernani, Buenos Aires. 1956).

terminados los efectos registrables de la intoxicación, prosiguió durante una hora.

Alteraciones de la acción (procesos conativos).—Prácticamente en todos los casos se comprobó inhibición de la acción con tendencia a la inercia. Este estado se hallaba ligado generalmente a sensaciones de pesadez y laxitud del cuerpo, globales o segmentarias. En otros casos se presentó inquietud o quietud, como correlato de la orientación de la atención a las vivencias intrapsíquicas. La sensación de mareo —marcada en algunos casos— fue acompañada casi siempre de alteraciones en la marcha (marcha de ebrio).

SIGNOS Y SINTOMAS FISICOS.

A continuación consignamos de manera muy sumaria los efectos fisiológicos —neurovegetativos y neurológicos— que hemos registrado. *

En la esfera *neurovegetativa*: sensación de "mareo", malestar general, fatiga, sensación de pesadez y laxitud. Ocasionalmente se registraron algunos casos de sensación de opresión precordial. Se registró también discreta dilatación pupilar. En este mismo orden pero referidas al *aparato* digestivo hemos constatado: náuseas (95%), vómitos (65%); hipersecreción salival y aumento de la motilidad peristáltica intestinal con aceleración de tránsito.

En la esfera *neurovegetativa*: sensación de "mareo", malestar geneen algunos casos, discreto grado de incoordinación motora, marcha de ebrio y positividad al Romberg sensibilizado.

* El estudio sistemático del sindrome neurovegetativo y somatomotor será objeto de una comunicación aparte que será publicada próximamente.

II. ASPECTOS NODALES EN EL TEST DE RORSCHACH *

INTRODUCCION.

Los investigadores que han intentado evaluar el efecto de las drogas psicotropas sobre la personalidad han enfocado el problema desde diversos parámetros. Algunos, fundamentados en la observación directa y las referencias de la experiencia subjetiva, han usado métodos clínicos, otros han preferido recoger los datos de situaciones experimentales standarizadas y muchos han empleado baterías de tests y combinaciones de métodos. Los estudios del equipo del Mount Sinai Hospital en sujetos intoxicados con LSD-25 demuestran lo productivo de la obtención de datos recogidos por métodos clínicos a través de cuestionarios, tests objetivos y técnicas proyectivas siempre que ellos provengan de un diseño experimental adecuado. (15, 16) El test de Rorschach ha sido utilizado por ellos, así como por investigadores, como una técnica segura para la aproximación al síndrome, por un lado, y para la observación de las relaciones entre el grado de cambio de los signos del test ante la intoxicación y el nivel previo de desadaptación de los individuos, por otro. (4, 11, 14)

Aquí se intenta hacer, por primera vez, una evaluación de las modificaciones producidas en la personalidad por la intoxicación debida a la ingestión de alcaloides derivados de la "Ayahuasca", por medio del estudio de las diferencias halladas en los datos Rorschach de sujetos a los que fue administrado el test primero en estado normal y luego bajo los efectos de la droga.

La hipótesis que pretendemos demostrar es de que dichos cambios van a aparecer a través de signos de la prueba que nos indicarán de qué manera se dan las variantes nodales, dejando para otra oportunidad el análisis de los casos individuales.

---

* Parte dirigida por F. León. Las correlaciones entre la exploración clínica y la prueba de Rorschach no se comentan en esta comunicación. Un estudio en ese sentido, circunscrito a cuatro casos, será publicado aparte, próximamente.

MATERIAL.

Nuestro material se redujo a seis casos debido a deserciones que se produjeron de un grupo mayor a cuyos miembros se administró una batería de tests compuesta por el Psicodiagnóstico de Rorschach, el Test de la Figura Humana de Machover y la Escala de Wechsler-Bellevue F-1. * Algunos sujetos fueron excluídos por presentar signos de severa desadaptación y varios protocolos quedaron inutilizados por diferentes causas. Los sujetos que se prestaron a la experiencia no fueron seleccionados al azar; son voluntarios que se caracterizan por pertenecer a clases socioeconómicas media-media o media-alta. De ellos damos una referencia individual a continuación:

S.1. : 21 a., n. Rioja, 4º Ingeniería, estudiante, soltero, CI=123
S.2. : 21 a., n. Lima, 1º de Economía, estudiante, soltero, CI=123
S.2. : 17 a., n. Lima 1º de Economía, estudiante, soltero, CI=125
S.4. : 20 a., n. Lima, 1º de Economía, estudiante, soltero, CI=122
S.5 : 17 a., n. Lima, 1º de Economía, estudiante, soltero, CI=114
S.6. : 40 a., n. Piura, 5º de Primaria, empleado, casado, CI=128

Sus características de personalidad pueden inferirse de la observación de la Tabla 1. El grupo de control que intentábamos formar por apareamiento no pudo completarse por diversos motivos.

METODO.

Nuestro procedimiento estuvo dirigido a la obtención de dos sets de protocolos Rorschach del mismo grupo: uno en estado normal y otro bajo los efectos de la droga. Para ello, el re-test bajo los efectos de la droga, fue realizado en un período de 30 a 60 días después de la primera administración. Las condiciones ambientales para ambas pruebas fueron idénticas, excepto la iluminación, más tenue durante el retest. Debe anotarse la imposibilidad de evitar en este tipo de experiencias los preparativos como variable no controlada. Asimismo, lamentamos no haber empleado placebos, pero creemos urgente su uso con el fin de conseguir datos comparativos. El retest fue hecho en el momento que se creyó oportuno; este fue deducido de la aparición de los primeros síntomas de reacción a la droga, la que se produjo en un promedio de 40 minutos después de su ingestión.

* Agradecemos a las Srtas. N. Maúrtua y M. Falvy la obtención de los CI.

TABLA I

Signo Ror.	S.1		S.2		S.3		S.4		S.5		S.6	
R	46	40	27	22	44	27	24	22	20	22	30	35
W	06	08	22	19	23	14	07	08	11	09	06	05
D	17	20	05	03	18	13	13	12	08	12	17	21
d	08	01	00	00	01	00	02	01	00	00	03	05
Dd	15	11	00	00	00	00	02	01	01	01	00	00
S	00	00	00	00	03	00	00	00	00	00	04	04
M	05	14	07	06	08	06	02	04	03	02	01	01
FM	03	01	09	06	05	02	03	07	03	07	01	01
m	04	02	01	00	05	01	00	00	01	01	00	01
k	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
K	02	00	00	00	01	00	00	00	01	00	00	00
FK	03	01	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00
F	23	16	04	03	21	11	15	07	08	10	24	29
Fc	01	02	01	03	03	02	04	04	01	02	02	01
c	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
C'	00	01	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01
FC	02	03	04	03	01	04	00	00	00	00	01	01
CF	02	00	01	01	00	01	00	00	01	00	00	00
C	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
ΣC	03	01.5	03	02.5	00.5	03	00	00	01	00	00.5	00.5
FM+m	07	03	10	06	10	03	03	07	04	08	01	02
Fc+c+C'	01	03	01	03	03	02	04	04	01	02	03	02
A+Ad	08	11	11	11	22	15	11	12	09	18	15	16
H+A	10	18	16	16	25	16	11	13	08	13	11	12
Hd+Ad	25	17	04	03	11	09	02	05	04	07	03	04
P	04	02	06	03	07	07	04	04	03	04	03	05
O	09	09	11	08	13	05	04	03	06	05	06	05
W%	13	20	81	86	52	52	30	36	55	40	20	14
D%	37	50	19	14	40	48	54	54	40	55	56	60
d%	18	03	00	00	02	00	08	10	00	00	10	14
DdS%	32	27	00	00	06	00	08	00	05	05	14	12
F%	50	40	14	13	48	30	66	32	40	45	80	82
FK+F+Fc%	59	47	18	27	55	48	79	50	50	54	86	84
A+Ad%	18	27	40	50	50	55	46	54	45	81	50	45
RVIII+IX+X%	36	37	30	27	45	37	46	27	27	27	23	20

TABLA II

Signo Ror.	$\overline{X}$—1	$\overline{X}$—2	dir.	t	g.l.	p
R	31.80	28.00	—	1.222	5	*
W %	41.83	41.00	—	0.142	5	
D %	41.00	46.83	+	2.236	5	***
d %	05.50	05.83	—	0.124	3	
DdS %	10.83	07.33	—	2.940	4	****
F %	49.66	40.33	—	1.580	5	**
FK+F+Fc %	57.83	56.66	—	1.121	5	*
M	04.30	05.50	+	0.715	5	
FM++m	05.80	04.80	—	0.527	5	
ƐC	01.33	01.25	—	0.144	4	
Fc+c+C'	02.16	02.66	+	0.890	5	
R.VIII+IX+X %	34.16	29.16	—	1.586	5	**
A+Ad %	41.50	52.00	+	1.886	5	**
P	04.50	04.16	—	0.438	5	
O	08.10	05.80	—	1.941	5	**

NOTA.—$\overline{X}$—1 = promedio del test; $\overline{X}$—2 = promedio del retest;

dir. = dirección en que se da la variante; $t = \dfrac{\Sigma D}{\sqrt{\dfrac{N \Sigma D^2 - (D)^2}{(N-1)}}}$

g.l. = grado de libertad; p = significación.

* = p < .40
* * = p < .20
* * * = p < .10
* * * * = p < .5

RESULTADOS.

Los resultados aparecen consignados en las tablas. La Tabla 1 presenta los datos en bruto. Estos son los puntajes correspondientes a los 36 signos o combinaciones de signos que señalan Klopfer y colabs. (18) para las respuestas principales en el psicograma Rorschach. Aparecen dispuestos en el orden de primera y segunda administración del test para cada uno de los sujetos. La Tabla II presenta los puntajes sometidos a elaboración estadística, pudiendo observarse que aparecen solamente 15 categorías. Esto es debido a que las técnicas estadísticas aún no han con-

seguido desarrollar procedimientos de evaluación de las combinaciones de signos que excluímos. (8) Se exponen en esta tabla los promedios para la primera y segunda administración, los valores "t" derivados de la comparación de los puntajes obtenidos en las dos oportunidades, el grado de libertad en que se dan y, por último, el nivel de significación que indican para la variación en cada signo. El test-t, de Student-Fisher, (3) fue escogido como medida de la significación de las variaciones porque así lo requiere la limitación numérica del grupo y por ser la técnica más frecuentemente empleada en este tipo de experiencia.

DISCUSION.

En este enfoque molecular de los datos Rorschach encontramos que la única variación significativa es la disminución en respuestas de detalle inusual y espacios blancos (DdS%) en la proporción aperceptiva ($<.05$). Trataremos de interpretar este dato, tal como hacen algunos autores, (1, 25, 26) tomando en consideración las desviaciones en niveles de $<.10$ y hasta $<.20$ como aproximaciones que soporten o rechazen las hipótesis erigidas a tal fin. Atribuímos a los efectos de la droga las variaciones observadas ya que se ha comprobado que las correlaciones que indican la confiabilidad test-retest del Rorschach son elevadas, especialmente para las variables que tomamos en consideración (10, 18).

De nuestros protocolos, las respuestas DdS más empleadas han sido dd y S. Acerca de ellas dicen Ainsworth y Klopfer (18) y comprueban otros investigadores (27):

> "An emphasis on dd represents obsessional, meticulous, or pedantic trends. The hypothesis is similar to that attached to an overstress on d: namely, that this approach is a defense against insecurity through a quest for certainty and a clinging to limited areas for fear of losing one's grip and being carried away into confusion .... S responses are related to an oppositional tendency in the intellectual sphere, the strength of the tendency being related to the daringness in the use of white space. S implies an intellectual kind of opposition, a putting of the self across; it is the competitive or self-assertive aspect of intellectuality".

Podemos inferir de ello que la disminución en DdS% observada en nuestro grupo refleja una pérdida marcada en el manejo defensivo de tendencias obsesivas y en el poder del oposicionismo intelectual.

El significado que esto tiene para el funcionamiento global del indivíduo bajo los efectos de la droga puede ser deducido solamente en relación a las otras desviaciones observadas. La disminución paralela en F% indica que el sujeto intoxicado toma un contacto menos objetivo con la realidad. Simultáneamente, el pensamiento se torna más concreto (incremento en D%) y le permite una vinculación menos tensa con los objetos del medio entorno, pero el rango de sus intereses en el exterior decrece (aumento en A+Ad%) y su reactividad al impacto ambiental se entereotipa y empobrece (disminución en R.VIII+IX+X%). La liberación de barreras impuestas por el oposicionismo intelectual determina que el ego amplíe sus vinculaciones con la realidad intrapsíquica (decrecimiento de F% en provecho del resto de determinantes). A esto puede deberse la pérdida en motivaciones tendientes hacia el exterior.

Es de observarse que las diferencias individuales en cuanto a las características de la relación del ego con las realidades intrapsíquicas son marcadas, pero se ciñen al patrón de funcionamiento descrito. La consideración de respuestas adicionales, que podría ser de enorme ayuda para una determinación más precisa de los problemas tratados, no puede hacerse aquí, pero será tratada en el análisis de los casos individuales en una comunicación posterior.

RESUMEN.

El test de Rorschach fué administrado a seis sujetos en dos oportunidades; la primera en estado normal y la segunda bajo los efectos de alcaloides derivados de la "Ayahuasca". En la comparación de ambos conjuntos de resultados se encontró que las respuestas DdS% decrecieron significativamente ($< .05$) en los sujetos intoxicados. Esto ha sido interpretado como una pérdida que se da en el manejo defensivo de tendencias obsesivas y oposicionismo intelectual. Además, se han considerado desviaciones en niveles de $< .10$ y hasta $< .20$ que indican un empobrecimiento de la reactividad a los estímulos ambientales, un funcionamiento del ego liberado de tensiones y una vinculación más amplia con las realidades intrapsíquicas.

COMENTARIO.

Al revisar minuciosamente la literatura médica, solamente hemos encontrado dos artículos que se refieran al efecto psicodisléptico de la

harmina en el hombre e intentan caracterizarla clínicamente. El primero publicado por Pennes y Hoch en 1957 (24) hace mención a los efectos de la harmina administrada a un grupo de once esquizofrénicos en el contexto de un estudio referido a consideraciones clínicas y teóricas acerca de las drogas psicoticomiméticas. Solamente se encuentra en este trabajo una brevísima referencia al cuadro clínico que los autores dicen que es groseramente similar al que se obtiene con la mescalina y la dietilamida del ácido d-lisérgico, que se presenta un estado de obnubilación y somnolencia durante la presentación de pseudopercepciones y que el estado resultante es parcialmente el de la imaginería o alucinaciones hipnagógicas.

Los autores advierten que no fue propósito de ellos aplicarse a un estudio psicopatológico del sindrome inducido, pese a que la cooperación de los pacientes fue satisfactoria y las vivencias obtenidas pudieron ser reconocidas claramente como diferentes de aquellas propias a la enfermedad de los sujetos. El segundo artículo, publicado por Naranjo en 1959 (20) consiste en una evaluación comparativa de los efectos neurovegetativos, somatomotores y psicodislépticos, inducidos por la harmina, la mescalina y el L S D 25. En cuanto a la descripción de los cambios psíquicos que el autor observó en sujetos normales y "psicópatas", advierte que "no intenta describir, en detalle, los resultados de las investigaciones originales, sino que se pretende, más bien, hacer un resumen de las propiedades psicotomiméticas....de la harmina" en comparación con las drogas citadas y que "por esa razón se omite todo detalle relacionado con los métodos de investigación". Las inexactitudes en la terminología psicopatológica, la inaceptable generalización que hace del sindrome reputándolo como predominantemente de tipo "paranoide" restan valor a esta laboriosa investigación dentro de los propósitos que comentamos.

Debemos puntualizar, sin embargo, que la investigación de Pennes y Hoch es el primer estudio médico que comprueba, siguiendo una metología rigurosa, la inducción de fenómenos psicodislépticos por la harmina como base aislada de la Banistería caapi Spruce y como clorhidrato sintéticamente preparado. Por su parte, Naranjo realiza una valiosa aportación al estudio de la farmacodinamia del alcaloide aislado de Banisterías no identificadas, en animales de laboratorio.

No consideramos acá los estudios realizados en Colombia en la década del 20 por Fischer Cárdenas, Albarracín y Barriga Villalba, los que comentamos en nuestra comunicación anterior, (28) ya que los elementos

de investigación con los que pudieron contar dichos autores no se ajustan a las exigencias actuales y tampoco consignan una caracterización sistemática del cuadro clínico. Constituyen sí, antecedentes ponderables en esa línea. En 1959, Núñez Olarte y col, (23) también de Colombia, se propusieron proseguir investigando acerca del principio activo del yagé, sin embargo sólo han publicado un informe preliminar que da cuenta de investigaciones farmacodinámicas utilizando extractos totales.

En nuestro medio, Del Castillo (5), en 1962, presentó una tesis para optar el bachillerato en Medicina, acerca de la "intoxicación aguda provocada, en el hombre, por la ingestión de la ayahuasca". Trabajó exclusivamente con la porción preparada por curanderos de Iquitos y no pudo obtener voluntarios que colaboraran eficientemente. En cuanto a la descripción de los fenómenos psicológicos que observó, es posible apreciar que no pudo contar con una orientación psiquiátrica adecuada pese a que, por lo demás, procedió con minuciosidad.

De toda la información recogida en nuestras investigaciones, consignamos en esta comunicación, fundamentalmente, la descripción de las alteraciones psicológicas típicas inducidas en las circunstancias en que se realizaron las experiencias. Precisamos este hecho ya que creemos que la estructuración integral de las vivencias que se dan durante la intoxicación resulta influída por una compleja serie de factores relacionados con la personalidad de los sujetos, con las determinantes culturales y sociales que han influído en ellos, con la motivación que han tenido para intervenir como voluntarios, con las condiciones inmediatas y actuales de la interrelación con el investigador y el ambiente, etc. En ese sentido, deben interpretarse los resultados descritos dentro de las limitaciones que implica una observación selectiva y por lo tanto, parcelar. Establecido todo anterior y teniendo en cuenta los resultados concretos de toda nuestra casuística, podemos afirmar que es imposible clasificar, aún esquemáticamente, la índole del síndrome propio de la harmina y el ayahuasca, como semejante a ninguno en particular, propio a la patología psiquiátrica. Concretamente resulta totalmente inexacto relacionarlo con el síndrome paranoide como hace Naranjo (20).

Diversos autores han establecido, por otra parte, que tal adscripción no es procedente respecto a ningún otro agente psicodisléptico.

Nos parece también del caso comentar que, durante la presentación de pseudopercepciones no encontramos, en ningún caso, obnubilación ni somnolencia propiamente dichas. Pennes y Hoch, refieren estas dos condiciones experimentando en esquizofrénicos. Es de advertir, sin embargo,

que un fenómeno muy común que observamos fue una aparente somnolencia. Consistía en una sensación de relajación y pesadez que generalmente era descrito como "parecido a la sensación que antecede al dormir" pero a la vez era muy claramente diferenciada de aquella porque no iba acompañada de oscurecimientos del campo de la conciencia; al contrario, a menudo había una intensa elaboración intelectual o un estado de alerta con clara captación de la imaginería pseudoperceptiva. Externamente, la actitud de muchos probandos se mostraba también, como de somnolencia y aún de sueño intenso, estando el sujeto, por lo general, atento a sus vivencias. No debe desatenderse, en este sentido, que la droga posee actividad excitante en el sistema nervioso central y a dosis alta produce convulsiones.

Pese a que aún en el comentario omitimos hacer referencias comparativas en relación a los efectos que se logran con otros agentes similares, ya que ello será objeto de una comunicación posterior, resulta imprescindible, por lo evidente, hacerlo acerca de los efectos colaterales de tipo neurovegetativo. En este sentido hemos registrado alteraciones notablemente más severas que las producidas por el LSD25, por la psilocibina o la mescalina. Destaca entre dichos efectos, el vómito, a menudo incontrolable. Anotamos a propósito de esto que, en varios lugares de la Selva, se denomina "purga" el ayahuasca.

También resulta evidente que las dosis psicodislépticas efectivas son notablemente altas. En relación a esto, debemos comentar un artículo acerca de los alcaloides de la Banisteria caapi y la Prestonia amazonicum publicado por Hochstein y Paradiez en 1957 (13). Dichos autores lograron aislar de muestras enviadas desde Iquitos e identificadas en Lima por el Prof. Ferreira del Museo de Historia Natural, tres alcaloides: harmina, harmalina y uno nuevo que ellos identifican como d-tetrahidroharmina. Partiendo de ello, intentan una explicación acerca de la actividad psicodisléptica de la harmina y dicen: "En vista del bajo grado de actividad psicotomimética registrada en cuanto a la harmina (por Pennes) y la efectividad adscrita a los extractos de Banisteria caapi, parece que la harmalina y la d-tetrahidroharmina pueden tener una considerable actividad psicotomimética por si mismas". Esto, sin embargo, es discutible, por dos razones: En primer lugar por un hecho establecido en la Farmacopsiquiatría, de que la susceptibilidad de los esquizofrénicos a los psicodislépticos es considerablemente menor a aquella de quienes no los son. En segundo lugar, el alto grado de efectividad de los extractos de Banisterias no es improbable que esté en relación a un alto contenido de har-

mina como puede deducirse de la severidad de los efectos secundarios registrados por dos de los autores durante sus observaciones participantes.

Los efectos que nos ha sido dado observar utilizando el clorhidrato de harmina y la poción preparada por curanderos de Iquitos —posiblemente a partir de la B. caapi— pese a que no pudimos titular el contenido en alcalaoide de esta última, fue cualitativamente similares. Hochstein y Paradiez, por otra parte, pudieron aislar de extractos acuosos de hojas de Prestonia amazonicun (yage) una amina psicoticomimética, la N, N-dimetiltriptamina, anteriormente identificada como componente de las semillas de ciertas especies de Piptadenia. Sobre este particular nos ocuparemos oportunamente.

Revisando la historia de los conocimientos acerca de la harmina, resulta interesante señalar la "situación extremadamente complicada" (30) que plantea la literatura de los últimos 100 años sobre los efectos "alucinógenos". Ilustra esta situación el hecho de que cuando Pennes (24) se dirigió a Gunn * para preguntarle sí había observado algún fenómeno psíquico reputable a la harmina, éste le contestó —epistolarmente— que ninguno, salvo cierto grado de "bienestar" (wellbeing). Esto nos lleva a que podamos establecer que los primeros en utilizar este agente por sus efectos psicotóxicos y, por lo tanto, a dosis altas, fueron los aborígenes sudamericanos. También ellos fueron los primeros en utilizarla con propósitos terapéuticos como coadyuvante de prácticas psicoterapéuticas empíricas tanto grupal como individual. El extenso uso que con este propósito se realiza actualmente en la Selva peruana no tiene parangón a nivel universal, según nuestro parecer, después de haber realizado varias observaciones participantes. Es del caso añadir que aún el alto poder emético, "purgante" de la poción es utilizada por los curanderos como recurso operativo para reforzar los elementos sugestivos de su ritual terapéutico en el contexto de una estructura mental supersticiosa que considera la "purgación del vientre" como purificación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1. Esta comunicación se refiere a dos aspectos de un estudio sistemático del psicosíndrome inducido por la Harmina y la "Ayahuasca": I) La descripción fenomenológica y la evaluación del cuadro clínico.

* Gunn y col. en Alemania, estudiaron en un lapso de treinta años, la farmacodinamia de la harmina.

II) Los aspectos nodales en el test de Rorschach. Una investigación previa en la literatura médica establece que no se ha publicado hasta el presente un estudio semejante siguiendo un método riguroso.

2. Se administró la droga a un total de 32 sujetos no psicóticos y si ragos neuróticos que implicaran una desadaptación evidente. La dosis psicodisléptica activa, por vía intramuscular, varía entre los 3 y 5 miligramos por kilogramo de peso. Cuando se administra oralmente dicha dosis fluctúa entre 5 y 13 miligramos aproximadamente. El sindrome inducido mediante la poción denominada "Ayahuasca" es cualitativamente similar al logrado mediante la Harmina en forma de clorhidrato en solución acuosa.

3. Los efectos clínicamente apreciables se caracterizan fundamentalmente por alteraciones complejas en la percepción entre las que predominan las cenestesias y las sinestesias. Se presentan también pseudopercepciones ópticas que varían desde fenómenos ilusorios elementales hasta paraidolias y un tipo de pseudoalucinaciones que se dan principalmente en el campo oscuro de los ojos o cuando el ambiente se encuentra en penumbra. Todo lo anterior lleva a que la organización del campo de la conciencia se dé dentro de determinantes muy peculiares que alteran su estructura. Ningún sujeto refirió un estado clasificable típicamente como de obnubilación o somnolencia.

4. Los efectos neurovegetativos que anteceden al psicosindrome y que acaecen en su curso son mucho más severos que los producidos por los psicodislépticos comunmente usados en la psiquiatría actual.

5. El estudio mediante el test de Rorschach se realizó en 6 sujetos a quienes se administró la prueba antes de la intoxicación y durante la misma. Se observó que disminuyeron las respuestas DdS% lo que es indicativo de pérdida en el manejo defensivo de tendencias obsesivas y oposicionismo intelectual. Otras variaciones, menos significativas, reflejan empobrecimiento de la reactividad a los estímulos externos, funcionamiento del ego en menos grado de tensión y vinculación más amplia con realidades intrapsíquicas.

SUMMARY.

This paper reports a sistematic study of the Psychosyndrom induced by harmine and "Ayahuasca" comprising two sections: I) The fenomenological description and evaluation of the clinical picture. II) The main aspects in the Rorschach test. A previous investigation in the

medical literature stablishes that it has not been published, up to now, a similar study following a rigourous method.

"Ayahuasca" is the generic name, in Peru and Ecuador of several Malpighiacea belonging to the Banisteria genus that contains harmine and to a potion obtained by conococcion of them, which are widely used with purpose of "*curanderismo*" in the marginal zones of towns of the peruvian jungle.

The harmine used in our experiences was obtained from the Cabi paraensis a new specie of Malpighiacea described by Ducke.

The drug was administered to a total of 32 non psychotic subjects. The Rorschach's study was realized in six subjects before and during the intoxication.

Harmine was administered to 10 persons by mouth in the form of clorhidrate in dosage that varied from 3 to 10 mg. for Kg. In other 10 persons the intramuscular way was used in dosage from 1.5 to 5 mg. for Kg. The concoccion known as Ayahuasca was given to 12 subjects.

The clinical observed effects were, fundamentally, very complex changes in perception, mainly cenesthesia and "synesthesia". Optic pseudo-perceptions also appeared in a broad spectrum, going from elementary illusions to paraidolie and a peculiar type of pseudo-allucinations appearing mainly on the dark screen of the eyes or on the exterior, when there was no light.

Those phenomena produced very peculiar alterations of the organization of the field of consciousness. However, no one of the subjetcs related anything that could be classified as drowsiness or cloudiness.

The Rorschach test showed a decrease of the Dds % answers, which indicates the lost of the defensive handling of obsesive tendency and intelectual opposition. As well as an impoverishment of the reactivities of the external stimuly; ego functioning in a lower degree of tension and a broader relationship with intrapsychic realities.

BIBLIOGRAFIA

1. ANNASTASI, A. Psychological Testins. N.Y. Macmillan Co. 1961. — 2. BELL, *J.* Técnicas Proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad. B.B. Paidós, 1956. — 3. BERNSTEIN, A. A. handbook of statistics solutions for the behavioral sciences. N.Y., Holt, Rinehart and Winston Inc., 1964. — 4. COHEN, S., FICHMAN, L., and GROVER EISNER, B. Subjective reports of Lysergic Acid experiences in a context of psychological tests perfomance. Amer. J. of Psychiat.,

1958, p. 2, Nº 4. — 5. CASTILLO, G. del: Observaciones sobre la intoxicación aguda provocada en el hombre por la ingestión de la Ayahuasca. Ts. Br. Facultad de Medicina. U.N.M.S.M. Lima. 1962. — 6. CRUZ SANCHEZ, G.: Estudio folklórico de algunas plantas medicamentosas y tóxicas de la región Norte del Perú. Rev. Medicina Experimental. 8: 159-166. Lima, 1949. — 7. DUCKE, F.: Capí, caapí, cabí, cayahuasca e yagé. Rev. Brasileira de Farmacia. 38: 283-284. Rii. 1957. — 8. EBLE, SELMA *J.* and GRAZIANO, ANTHONY M.: The comparability of cuantitative Rorschach and Z-test data. J. of Proj. Tech. and Pers. Ass. 27: 166-70. — 9. EY, HENRI: Fenomenología del campo de la conciencia. Atlántida. Revista del pensamiento actual. Mayo-Junio 1963. Vol. I. Núm. 3. Ediciones Rialp. — 10. EYSENCK, H. J.: Estudio científico de la personalidad. B.A., Paidós, 1959. — 11. FELSINGER, J.: LASAGNA, and BEECHER, H. K. The Response of normal me to Lysergic Acid derivatives (Di-and-Mono-Ethyl Amides). J. of Psychol. 1955. 39: 443-454. — 12. GUTIERREZ NORIEGA C. y CRUZ SANCHEZ, G.: Alteraciones mentales producidas por la Opuntia Cylíndrica. Rev. de Neuro-Psiquiatría. 10: 422-468. Lima, Dic. 1947. — 13. HOCHSTEIN, F. A. y PARADIEZ, A. M.: Alkaloids of Banisteria caapi and Prestonia Amazonicum. Jour. of Am. Chem. Soc. v. 79 Nov. 5, 1957. pp. 5735. — 14. HURST, L. A.: REUNING, H., VAN WYK, A. J., CROUSE, H. S., BOOYSEN, P. J., and NELSON, G.: Experiences with D-Lysegic Acid Diethylamide (LSD). A. symposium. S. Afr. J. of Labor. and Clin. Medic., 1956, v. 2, Nº 4. — 15. JARVIK, M. E., ABRAMSON, H. A., and HIRSCH, M. W.: Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25): IV. Effect upon and recognition of various stimuli. J. of Psychol., 1955 39: 443-454. — 16. JARVIK, M.E., ABRAMSON, H.A., and HIRSCH, M. W.: Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25): IV Effect on Attention and concentration. J. of Psychil., 1955, 39: 373-383. — 17. JASPERS, K.: Psicopatología general, tr. R. Saubited y D. Santillán, ed., 3, Buenos Aires, Editorial Beta, 1963. — 18. KLOPFER, B.; AINSWOTH, M., KLOPFER, W., KLOPand HOLT, R. Defelopments in te Rorschach techniqde. Vol. I. Yonkers - on-Hudson, World Book Co.: London, Harrp, 1954. — 19. MCLCOLLOUGH, CL, and VAN ATRA, L. Statistical concepts. N. Y. Mac-Graw-Hill Gook Co., Inc., 1963. — 20. NRANJO, P.: Estudio comparatipo de la harmina, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) y la Mascalina. Rev. de la Confederación Médica Panamericana. 6: 1-8. 1959. — 21. NIETO, D.: Plantas Psicotropas de México, Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima-Perú, 1964. — 22. NUÑEZ OLARTE, E., CONSTAIN-MOSQUERA, C., ROSAS, K. y THEIL-KUHL, J.: Informe preliminar sobre el estudio farmecológico del "yagé", como agente activo sobre el sistema nervioso. Rev. de la Facultad de Medicina. Bogotá. 27: 192-205. 1959. — 24. RENNES, H. Y HOCH, P. A.: Psychotominetics, clinical and theorical considerations: Win 2299 and Nalline. Am. Jour, Psych., 113: 887-892, 1957. — 25. RABIN, A. I. Statistical Problems involver in Rorschach Patterning. J. of Clin. Psychol., 1950, v. VI, 1: 19-21. — 26. RABIN, A. I. Validación y estudios experimentales sobre el test de Rorschach. en: ANDERSON, H. y ANDERSON, G. Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico, Madrid, Rialp, 1963. — 27. RAY, JOSEP B.: The meaning of Rorschach White Space Responses J. of Proj. Tech. & Pers. Ass., 27: 315-23. — 28. RIOS, O.: Aspectos preliminales al es-

tudio fármaco-Psiquiátrico del Ayahuasca y su principio activo. Anales de la Facultad de Medicina. t. XLV, Nº 1-2 Primer y Segundo trimestre de 1962. Lima. -- 29. RORSCHACH, H. Psicodiagnóstico. B. A. Paidós. 1961. — 30. ROSS, W. D., ADSETT, Nancy, GLESER, Goldine; JOYCE; C.R.B.; KAPLAN; S.M. and TIEGER, M. E.: A trial of psychophaermacologic measurement with proyective techniques. J. of Prog. Tech & Pers. Ass. 27: 222-25. — 31. TURNER W. J., MERLIS, S. y CAR, A.: Concernig theories of indoles in Schizophrenigenesis. Am. Journ. Psych. 112: 466-467. 1955.

ENCEFALITIS VIRALES

Revisión de algunas formas clínicas relativamente frecuentes en el Perú.

*RAUL JERI**

Es tradicional clasificar las encefalitis causadas por virus filtrables en tres grandes grupos: (1) Neurotrópicas Primarias. Se caracterizan por atacar en forma primaria y preferencial al sistema nervioso. (2) Viscerotrópicas. Atacan al cerebro secundariamente y por lo general invaden primero a otros órganos, por ejemplo a los pulmones en la ornitosis o en la influenza, a las glándulas salivales en la enfermedad citomegálica de inclusión o en la parotiditis epidémica. (3) Pantrópicas. En las encefalitis pantrópicas tanto las vísceras como el cerebro son afectados primariamente por el parásito intracelular.

Pero esta clasificación no es perfecta porque muchas enfermedades neurotrópicas afectan al mismo tiempo a otros órganos, y las viscerotrópicas pueden atacar primero al sistema nervioso. Por este motivo hemos adoptado una clasificación general que incluye a las formas principales de las tres variedades, compilando datos de Broun (1950), Van Bogaert (1960, 1961) y Baker (1962).

CLASIFICACION

En el cuadro siguiente agrupamos las principales formas clínicas de encefalitis.

---

* Profesor Asociado encargado de la Asignatura de Neurología, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Encefalitis Virales Primariamente Neurotrópicas

I) *Etiología Viral Comprobada.*

Denominación.

1) Encefalitis transmitidas por artrópodos *Vectores* (Garrapatas).

a) E. Rusa (Verano-Primavera)	Ixodes persulcatus
b) E. Centroeuropea	Ixodes ricinus
E. Saltos (Louping ill)	Ixodes ricinus
E. Colorado	Dermacentor andersoni

2) Encefalitis transmitidas por artrópodos (Mosquitos)

Grupo A

a) E. equina occidental	Culex tarsalis
b) E. equina oriental	C. melanura
c) E. equina venezolana	Mansonia titilans

Grupo B

a) E. Saint Louis	C. pipiens
b) E. japonesa	C. tritaeniorhynchus
c) E. austrialiana (X) valle Murray	
d) E. brasileña (Ylhéus)	Aedes, psorophora
e) E. Nilo Occidental	

3) Encefalitis sospechosas de ser transmitidas por artrópodos (Mosquitos).

a) Fiebre del valle Rift (Africa Oriental).
b) Encéfalomielitis mengo (Uganda).

4) Polioencefalitis.

5) Encefalitis rábica.
a) Rabia
b) Encéfalomielitis post vaccinal
6) E. Influenza.
7) E. hemorrágica.
8) E. Herpes simple.
9) E. Virus coxsackie.
10) E. Virus ECHO.
11) Variedades de Laboratorio.
a) Encefalitis virus B.
b) Foresta Semlicki
c) California (Hammon-Reeves).

12) Coriomeningitis linfocitaria.

II) *Encefalitis Sospechosas de tener Etiología Viral.*

1) E. epidémica (letárgica, Von Economo)
2) E. Islandia
3) E. de cuerpos inclusión (Dawson)
4) E. necrotizante aguda
5) E. Leucoencefalitis esclerosante sub-aguda (Van Bogaert).

Encefalitis Virales Viscerotrópicas

I) *Encefalitis virósicas comprobadas.*

1) Meningoencefalitis de la parotiditis epidémica
2) E. psitacosis
3) E. fiebre amarilla
4) E. fiebre Dengue
5) E. hepatittis infecciosa
6) E. influenza
7) E. citomegálica de inclusión

II) *Encefalitis (sospechosas de ser producidas por virus filtrables)*

1) Fiebre por arañazo de gato
2) Mononucleosis infecciosa
3) Sindrome de Behcet

Anatomía Patológica.

Se puede decir en general que los virus filtrables al atacar al sistema nervioso central producen cambios esencialmente similares. En una primera fase existe hiperplasia de los elementos formes, posteriormente hiperplasia con necrosis y finalmente necrosis.

Por tanto, puede observarse aumento de tamaño de las células, modificaciones degenerativas o necróticas en el núcleo y cuerpos de inclusión intranucleares o citoplasmáticos. Los cuerpos de inclusión se atribuyen a perturbaciones metabólicas endocelulares producidas por el parásito o a acumulaciones del virus.

Los cambios secundarios son bastante característicos y consisten en infiltración primero de polimorfonucleares, después de elementos mononucleares y posteriormente de células plasmáticas. Estas acumulaciones leu-

cocitarias pueden asentar en las meninges, espacios de Virchow-Robin y alrededor de los vasos sanguíneos meníngeos y parenquimales. En algunas ocasiones obsérvase la presencia de células gigantes. También se han descrito fenómenos de desmielinización, especialmente perivascular y neuronofagia.

Sintomatología General.

En cuanto al cuadro clínico puede afirmarse que las encefalitis pueden tener cuatro variedades principales:

1º Asintomática.
2º Abortiva.
3º Típica.
4º Fulminante.

1º *Forma Asintomática.*

Ocurre fuera de las epidemias, generalmente presenta síntomas leves, tales como malestar general, fiebre, cefalea y leve rigidez de nuca. Muchas veces se indica una punción lumbar porque el enfermo presenta una paresia ocular transitoria u otro signo neurológico aislado. El examen del líquido cerebroespinal revela usualmente un aumento discreto de células mononucleares y de proteínas.

2º *Forma Abortiva.*

En esta variedad se presentan los mismos síntomas mencionados más arriba, en individuos que pertenecen a una comunidad donde se ha declarado una epidemia de meningoencefalitis. El líquido cefalorraquídeo tiene las mismas características y el virus correspondiente puede identificarse en la sangre, las heces, la saliva o el L. C. R.

3º *Forma Típica.*

Los síntomas ocurren después de 1-3 días de pródromos parecidos a una gripe común (cefalea, malestar, fiebre, dolor de garganta), para continuar posteriormente con manifestaciones neurológicas (rigidez de nuca, trastornos mentales, somnolencia, paresias o parálisis, movimientos involuntarios). Después de algunos días, el cuadro mejora paulatinamente, curando el paciente con o sin secuelas.

4º *Forma Fulminante.*

En el tipo fulminante de encefalitis, durante una epidemia y a veces en forma aislada, preséntase de improviso graves síntomas neurológicos, tales como convulsiones, fiebre elevada, rigidez marcada de nuca, estupor, coma, monoplejías, hemiplejías o cuadriplejías. El líquido cefalorraquídeo muestra aumento de células y proteínas y se puede identificar el virus por inoculación o por pruebas antigénicas. En estos casos, el paciente se agrava en uno o dos días y muere en status epilepticus, en coma, o por paro respiratorio o por parálisis bulbar.

A continuación describiremos brevemente las principales variedades clínicas que hemos podido observar en el Perú.

ENCEFALITIS LETARGICA

En la descripción diferencial de algunas variedades de encefalitis tenemos que partir de la forma que se describió primero que todas. Esta enfermedad ocurrió por primera vez en la historia en 1915, en Rumanía y rápidamente se extendió por todo el mundo, afectando a muchos miles de personas. También es llamada "Encefalitis Epidémica" o "Enfermedad de Von Economo".

Con toda probabilidad, se supone que la enfermedad sea producida por un virus filtrable, pero hasta este momento no se le ha logrado aislar, inocular, ni cultivar en los tejidos vivos.

Al principio esta afección coincidió con las enormes epidemias de gripe que hubo en Europa en 1918 y 1925. Esas epidemias mataron a muchos millones de personas y coincidiendo con ellas, o inmediatamente después, se presentó una epidemia de encefalitis que Von Economo describió magistralmente.

Anatomía Patológica.

Se caracteriza por hiperhemia y pequeñas hemorragias que se encuentran fundamentalmente en el mesencéfalo, la protuberancia y los ganglios basales y en las zonas entre dichos ganglios. Es el locus niger el punto donde está localizado el mayor número de lesiones; pero también puede encontrarse hiperhemia y pequeñas hemorragias en el mesencéfalo y en la protuberancia.

La enfermedad se caracteriza por cambios degenerativos y por cam-

bios inflamatorios. Los cambios degenerativos consisten en destrucción de neuronas, hay neuronofagia y necrosis de las células nerviosas. Los cambios inflamatorios consisten en collares perivasculares o mangos perivasculares de infiltración de células plasmáticas, células linfocitarias y células mononucleares. También hay proliferación de la glía, tanto las células como las fibras gliales, proliferan y hay una infiltración linfocitaria de todo el encéfalo, pero con predominio de las zonas descritas al principio.

Sintomatología.

Esta enfermedad tiene una sintomatología muy variable. Al principio ocurría en epidemias, o sea, que en una casa podían verse varios casos de encefalitis con marcada somnolencia y oftalmoplejía.

En la actualidad se duda si la enfermedad existe, pues no se han descrito casos agudos desde 1926, pero todavía es posible reconocer las secuelas, es decir, el sindrome de parkinsonismo o las perturbaciones psicopáticas que se observan en los niños después que han sufrido la etapa aguda de esta enfermedad. Sin embargo, este criterio debe tomarse con cuidado, porque se ha descrito también el parkinsonismo después de las encefalitis equina y centroeuropea.

La descripción de tres fases en la afección se refiere a la verdadera epidemia que, desde 1926 a decir de Von Bogaert no se ha vuelto a ver en el mundo, pero como es tan interesante, tan característica esta enfermedad voy a describir someramente las tres fases:

Fase de Invasión.

En la cual el enfermo tiene fiebre leve o elevada, pero también hay casos afebriles. Comienza con una gripe corriente pero rápidamente se asocia con somnolencia y oftalmoplejía. El paciente duerme profundamente durante 18 ó 20 horas y después de algunos días se observan parálisis de los óculos motores, parálisis parciales o completas, en un lado o en ambos lados de la cara, o sea, parálisis del III, IV y VI pares. Las parálisis pueden ser de tipo nuclear, o sea, parálisis asociadas o parálisis aisladas de dichos nervios.

En algunos enfermos se presentan fenómenos irritantivos hirperquinéticos, o sea, que en ese momento pueden observarse movimientos coreiformes o movimientos mioclónicos. Es muy frecuente que en esta etapa, también el sujeto presente manifestaciones psicopatológicas, síntomas psí-

quicos, en la forma de un cuadro general orgánico, un cuadro de desorientación, de confusión mental, que cuando es muy acentuado puede dar la sintomatología de una psicosis grave, con perturbaciones severas de la conducta.

Los síntomas paralíticos son raros, no es frecuente que el sujeto desarrolle hemiplejías o paraplejías, pero tabién han sido descritos; entonces es necesario mencionarlos. Las parálisis son más frecuentes en los óculo motores y en los músculos dependientes de otros pares craneales, pero también se puede producir parálisis de los cuatro miembros, estas últimas sólo en las formas fulminantes, que pronto acaban con la vida del enfermo.

En este período de invasión hay casos verdaderamente inaparentes, en los cuales en ciertas oportunidades no observamos ningún síntoma psicológico ni neurológico, simplemente el paciente tiene un ligero malestar general y después de unos días comienza a desarrollar el sindrome de parkinsonismo.

Fase Pseudoneurótica.

El enfermo, una vez que ha mejorado, que han desaparecido los signos neurológicos, queda con manifestaciones psíquicas, tales como dolor de cabeza, insomnio, cambios en el caracter, irritabilidad, mareos, vértigo, fatigabilidad excesiva, nerviosismo. Una serie de manifestaciones que se ven con frecuencia en las reacciones neuróticas y por eso se denomina a esta fase pseudoneurótica. Gibbs (1964) ha demostrado correlación entre el electroencefalograma y los residuos clínicos. Los spikes negativos en el 50% de los casos indican que los pacientes desarrollarán epilepsia postencefalítica. Los spikes positivos de las frecuencias de 14 y 6 ciclos por segundo señalan considerable probabilidad de disturbios posteriores del comportamiento.

Fase Crónica.

Se presenta después de un período de latencia que puede ser de meses o de años, entre la fase de invasión y la fase crónica.

Algunas veces transcurren muchos años entre la fase aguda y las secuelas. Un sujeto tiene un episodio encefalítico y después de 10 años, comienza recién a presentar las manifestaciones extrapiramidales, o sea, el clásico sindrome del parkinsonismo post-encefalítico que se caracteriza

por marcada rigidez, temblor que se observa cuando el sujeto está en reposo, con una facies amímica, o sea, por una cara que no tiene expresión. Tiene muy considerable sialorrea, el enfermo constantemente produce gran cantidad de saliva y tiene que estar usando un pañuelo para enjugarla. También hay dacriorrea, o sea, una considerable cantidad de secreción de las glándulas lacrimales, y seborrea. El paciente tiene lo que se llama la "cara de pomada", la cara constantemente está cubierta por una secreción seborreica y por más que el sujeto se lava la cara con agua caliente y jabón, al poco rato, nuevamente la cara está completamente lustrosa por la grasa.

Estas manifestaciones se acompañan también de torpor intelectual y emocional y no raras veces, especialmente en el niño y en el adolescente, la enfermedad ataca en tal forma al encéfalo, que los niños cambian completamente de carácter y ofrecen grandes problemas a los padres y a los educadores, por ser irascibles, desobedientes, violentos, agresivos, indiferentes, indolentes, por manifestar una serie de disturbios que son frecuentes de observar en personalidades psicopáticas. En raros casos la encefalitis ocasiona epilepsia como secuela (Aguilar, 1960).

Esta sería pues, la fase crónica de la enfermedad, que puede durar muchos años y una vez establecida, desgraciadamente nadie es capaz de cambiar el curso de la afección. A este respecto cabe recordar que Cooper, en los últimos años, ha trabajado mucho en el tratamiento quirúrgico del Parkinson, incluyendo el parkinson post-encefalítico, y él dice que la enfermedad desaparece totalmente con la operación. Sin embargo a pesar del respeto que todos le tienen a Cooper por su entusiasmo en esta clase de trabajos, yo quiero llamar la atención para ser un poco crítico al respecto.

Generalmente un método nuevo de tratamiento es elogiado enormemente por el creador del método. Cuando otros investigadores trabajan sobre ese método, es usual que se encuentren defectos y complicaciones, hasta que en el curso de varios años se llega a una evaluación verdadera de la eficacia del tratamiento. La verdad es que el método de Cooper, o sea, la quemopalidectomía no es la panacea para el parkinson post-encefalítico. El método es útil en los enfermos con parkinson unilateral y en los pacientes en los que el sindrome es reciente y cuando predomina la rigidez sobre el temblor. Entonces estos casos óptimos no son frecuentes, son más bien casos raros, porque el parkinson es usualmente bilateral.

El parkinsonismo es una enfermedad que comienza en forma muy gradual; por tanto, es difícil hacer el diagnóstico precoz, salvo en aque-

llos casos en los cuales el sujeto tuvo el episodio encefalítico hoy y dentro de una semana ya desarrolla los síntomas de parkinson. El parkinson se puede producir experimentalmente, cuando se administran drogas fenotiazínicas a los enfermos, entonces puede observarse un sindrome extrapiramidal en el que siempre el temblor, la rigidez, son bilaterales. El sindrome de parkinson unilateral es por tanto, muy raro. La gran propaganda que hace Cooper de sus métodos neuroquirúrgicos tiene que apreciarse con espíritu crítico, con el rigorismo científico con que el médico siempre tiene que observar los procedimientos terapéuticos. No debe olvidarse que las complicaciones del tratamiento operatorio incluyen la muerte del enfermo, la hemiparesia, los movimientos anormales contralaterales a la operación, la incoordinación, la disartria (Mark-ham, 1963) y el hemibalismo (Dierssen, 1961).

Diagnóstico.

La encefalitis epidémica es de difícil diagnóstico, sobre todo porque ahora no vemos casos epidémicos, sino observamos casos esporádicos, latentes, larvados o abortivos, que presentan escasa sintomatología y de los cuales no hay seguridad en cuanto al diagnóstico. Sin embargo, si el clínico observa que existe una epidemia de encefalitis en una población donde está trabajando y ve sujetos que tienen fiebre, somnolencia, delirio y que estos síntomas no corresponden a ninguna enfermedad bacteriana, entonces hará bien en sospechar que está ante una enfermedad infecciosa encefalítica. La ausencia de virus en los cultivos de tejidos y en las pruebas antigenéticas son un indicio, pero no confirman la presunción de encefalitis letárgica.

Pronóstico.

La mortalidad es del 20 al 30% en todas las series estudiadas, unos sujetos se recuperan completamente, sin tener ninguna secuela; un buen número de pacientes quedan con signos de parkinsonismo y otros presentan secuelas psicopatológicas.

Tratamiento.

En la etapa aguda, proporcionar los cuidados apropiados para las infecciones generalizadas. En el parkinson el tratamiento es completa-

mente sintomático, empleando rehabilitación del estado palidal y educación y rehabilitación de las alteraciones psicopáticas. En los casos crónicos que no responden al tratamiento medicamentoso, se pueden ensayar métodos neuroquirúrgicos, como por ejemplo, la ansotomía, las leucotomías o quemopalidectomías u otras operaciones que se están ensayando en estos momentos. En ciertas oportunidades es necesario combinar las drogas con los procedimientos neuroquirúrgicos estereotáxicos (Gillingham, 1965).

ENCEFALITIS EPIDEMICA ESTIVAL

(Encefalitis de Saint Louis).

Mencionaremos esta enfermedad porque ha sido estudiada muy cuidadosamente en una epidemia que hubo en los Estados Unidos el año 1933, donde se pudieron analizar desde diversos puntos de vista a varios miles de pacientes.

Epidemiología.

Es una encefalitis transmitida por artrópodos, o sea, por los mosquitos (C. pipiens) y ocurre en todas las edades de la vida, pero es más frecuente observarla entre los 15 y 50 años de edad.

Etiología.

La enfermedad es producida por un virus filtrable que ha podido ser aislado, inoculado, cultivado y fotografiado con la técnica del microscopio electrónico. Este virus mide de 20 a 30 micromicras y se propaga mediante medios de cultivo que contienen células susceptibles, especialmente en el cerebro del ratón y del mono (Macacus rhesus).

Incubación.

Una vez contraída la infección, se ha establecido que el período de incubación dura de 4 a 21 días.

Patología.

Macroscópicamente se encuentra en el cerebro edema, congestión vascular y pequeñas hemorragias, y la infección tiende a atacar todas las zonas del encéfalo, desde la corteza hasta los núcleos basales y sustancia gris de la protuberancia, del mesencéfalo y del cerebelo.

Microscópicamente se observa fundamentalmente infiltración de las meninges por linfocitos, células plasmáticas y mononucleares. Este dato de infiltración de las meninges es valioso porque diferencia a la enfermedad de otras encefalitis en las cuales las meninges no son atacadas. También existen lesiones en el encéfalo y en la médula, manifestadas por congestión de pequeñas hemorragias, infiltración celular, los clásicos mangos perivasculares, y en las neuronas se observan cambios degenerativos, o sea, necrosis neural, neuronofagia, cariorexis así como proliferación de la glía, tanto en la médula como en el encéfalo. De modo pues, que la infección ataca de manera difusa al sistema nervioso, comprometiendo el encéfalo y las meninges.

Sintomatología.

El cuadro clínico varía considerablemente, mientras unos casos son muy graves, otros son leves y oligosintomáticos. Hampton ha dividido en tres grupos a los pacientes de la casuística estudiada.

Grupo 1º: Serían los pacientes que comienzan la enfermedad en forma brusca y sin pródromos.

Grupo 2º: Está constituído por pacientes que comienzan la enfermedad con pródromos.

Grupo 3º: Está consituído por casos leves y larvados.

GRUPO 1º.

En estos casos la enfermedad comienza sin pródromos, en forma brusca. En los enfermos se observa un cuadro de infección general: fiebre alta, náuseas, vómitos, cefalea, vértigo, rigidez de nuca, signo de Kernig, letargo, trastornos del lenguaje, en forma de disartria o afasia, confusión mental y temblores en la cara, ojos, manos y miembros.

Dentro de los síntomas neurológicos, los datos fundamentales son síntomas meníngeos: rigidez de nuca, signo de Kernig y perturbaciones letárgico-confusionales con temblores generalizados. Muy raras veces tienen parálisis de los óculo-motores, por eso se diferencia esta encefalitis de la de Von Economo.

La enfermedad dura de 7 a 10 días, pero en algunos casos se puede prolongar hasta 4 y 6 semanas.

Recordemos que al hablar de las encefalitis epidémicas o letárgicas, no hemos mencionado estudios virológicos. Las técnicas para el estudio, directo o indirecto de los virus, estaban en ese tiempo muy poco desarrollados. Solamente en la epidemia de Saint Louis (1933) se comenzaron a hacer punciones lumbares sistemáticas y a estudiar el líquido cerebroespinal en todos sus aspectos. Se encontró que en estos enfermos había un aumento de la presión (hipertensión intracraneal) así como incremento de células a expensas de los mononucleares; el aumento no era muy considerable, sumando 100 a 300 células por milímetro cúbico. Había también aumento de las globulinas. Pero el dato más importante, que en este caso era un dato negativo, es decir que al examen microscópico no se encontraban bacterias ni tampoco había modificación de las cifras de glucosa, a diferencia de todas las meningitis que como se sabe, siempre se acompañan de disminución más o menos grande de la glucosa. Los laboratorios virológicos posteriormente han aislado, inoculado y cultivado el virus de la encefalitis de St. Louis.

GRUPO II.

Son aquellos pacientes que comienzan la enfermedad con pródromos, es decir que durante 1 a 4 días tienen dolor de cabeza, malestar general, dolor abdominal, escalofríos, fiebre, dolores musculares, dolor de garganta, conjuntivitis con fotofobia. Al cabo de dicho tiempo, durante el cual el cuadro clínico ha comenzado con todas las características de una gripe más o menos intensa, se presentan los síntomas encefalíticos, o sea, la confusión mental o el letargo, los temblores y la rigidez de nuca.

Cuando se hace una punción lumbar, se encuentra que este paciente tiene el líquido cefalorraquídeo completamente patológico, con los caracteres mencionados más arriba.

GRUPO III.

En este grupo los enfermos presentan sintomatología leve o abortiva. El sujeto tiene simplemente leve dolor de cabeza y algo de malestar general, pero puede seguir trabajando. Sin embargo, si se le hace una punción lumbar se encuentra que el líquido cefalorraquídeo es patológico. Por eso es tan importante que todos los médicos sepan hacer la punción lumbar limpia, con una sola penetración de la aguja, para no

contaminar el canal y para obtener un líquido limpio de la teca, sin entrar en las venas y sin destruír tejidos.

Si se realiza una numeración y fórmula en la sangre, encuéntrase que los leucocitos son normales; en algunos pocos casos hay ligera leucocitosis. Otras veces hallan leucopenia.

El electroencefalograma no muestra correlación consistente con la sintomatología clínica de la enfermedad. Algunos pacientes con graves secuelas neurológicas tienen EEG normal (Zeifert, 1962).

Diagnóstico.

Puede hacerse el diagnóstico específico, etiológico, mediante los procedimientos de laboratorio virológico que consisten en pruebas de neutralización, de inhibición de la hemaglutinación o de fijación de complemento de virus testigo.

Pronóstico.

Mueren del 5 al 50% de todos los pacientes afectados, de modo que no es una enfermedad como para mirarla con indiferencia. Existe otra forma que es la encefalitis japonesa, en la cual la mortalidad llega al 40-50% de los casos.

Tratamiento.

Administrar los cuidados generales apropiados para un enfermo que tiene una infección sistemática grave.

Si está inconsciente, hay que pasarle un tubo nasogástrico y alimentarlo por sonda, cambiarlo de posición constantemente, sedarlo ligeramente si está agitado, y limpiarle la piel periódicamente si está inconsciente.

Este es el tratamiento general de un paciente en coma. No hay tratamiento específico, ninguno de estos pequeños virus es suceptible ante ningún antibiótico ni ante ningún agente quimioterápico.

En la encefalítis japonesa, que es también endémica en la China, y que guarda estrecha relación clínica y viral con la encefalitis de San Louis, Chou (1960) ha observado que los métodos de tratamiento tradicionales en ese país dan una mortalidad menor que los métodos de occidente.

ENCEFALITIS EQUINA

Tiene tres variedades:

1º Oriental.
2º Occidental.
3º Venezolana.

Epidemiología.

La encefalitis equina es una enfermedad transmitida por los mosquitos del género aedes y del género culex (C. tarsalis, c. melanura, mansonia titilans), pero no por el género anopheles, que son los mosquitos que trasmiten las enfermedades por plasmodium.

En investigaciones recientes se ha logrado establecer que la enfermedad es endémica; no afecta a los caballos y mulas como se pensaba al principio, sino que es endémica para los pichones, las palomas, las faisanes; por tanto, es una enfermedad de las aves y los equinos se contagian en forma epidémica, es decir cuando la afección ataca a grandes números de animales susceptibles. Entonces el ciclo sería:

Aves ——— mosquitos ——— caballos ——— hombre

Por eso, en todas las epidemias de esta enfermedad ha existido primeramente una epidemia de encefalomielitis equina y después, la afección ha atacado al hombre.

Sintomatología.

La enfermedad comienza en forma brusca, dramática y a veces, con fiebre muy elevada (40º a 42º), convulsiones frecuentes que pueden ser iniciales o durante el curso de la enfermedad y rápidamente el enfermo puede llegar al coma profundo, con rigidez de nuca. En el niño se ve también signo de Kernig y en ciertas oportunidades, opistótonos.

Una característica de esta enfermedad es la propensión a los edemas, observándose considerable edema de la cara y de los miembros inferiores.

La enfermedad es muy grave y los sujetos mueren muchas veces en los primeros tres días. Otros mejoran y entonces, la enfermedad va a aliviarse lentamente en 6-10 días. De las dos formas, de la oriental, o sea, la que se dá en la costa oriental de los EEUU y la occidental, la encefalomielitis oriental es mucho más grave que la occidental.

En la sangre siempre se encuentra una marcada leucocitosis a diferencia de la encefalitis de tipo Saint Louis, que generalmente presenta normocitopenia o leucopenia.

En el L.C.R. encontramos aumento de la presión, que frecuentemente está por encima de 200 mmc de agua; las células también están considerablemente elevadas, desde 200 hasta 2,000 por mmc; y otro punto muy importante, en lugar de ser mononucleares, son fundamentalmente polimorfonucleares; hay además aumento de las proteínas, pero la glucosa es normal.

Mortalidad.

La forma oriental tiene una mortalidad de 65% y la forma occidental del 15 al 25%.

Diagnóstico.

El médico ha de sospechar en la enfermedad cuando se presentán síntomas cerebrales en niños o adultos que están en una vecindad donde ha existido una epidemia de la enfermedad en los caballos. En éstos, la enfermedad se caracteriza por temblores, parálisis y convulsiones.

El diagnóstico también se puede hacer por los métodos de laboratorio. El virus se puede aislar del tejido cerebral, se inocula intracerebralmente a los roedores susceptibles (ratones blancos, suizos o cobayos), si de esta inoculación se obtiene el virus, entonces es posible realizar pruebas inmunológicas para llegar al diagnóstico exacto del tipo de virus.

Tratamiento.

Es sintomático, no hay ninguna droga que destruya a este germen. Hay que tratar las convulsiones mediante anticonvulsivantes, colocar bolsas de hielo sobre la cabeza, proteger al paciente adecuadamente mediante tablas forradas en tela o acolchadas alrededor de la cama, nutrirlo por tubo-naso-gástrico, cambiarlo frecuentemente de posición, limpiarlo y lavarlo cuando está sucio de orina o de materias fecales.

ENCEFALITIS GRIPAL

En Setiembre de 1957 tuvimos en el Perú una epidemia de encefalitis por el virus A que procedía de Singapur.

La epidemia gripal anterior ocasionó varios casos de encefalitis y el autor tuvo la oportunidad de describir 19 observaciones de trastornos neuropsiquiátricos consecutivos a la gripe (Jerí, 1957). Después de esa publicación, se han hecho otras en EEUU y en Europa de la misma epidemia, porque fué una epidemia que dió la vuelta al mundo. Recientemente se ha establecido que los virus A, A^1 y A^2 y C producen meningitis serosa y los virus A A^1 y A^2 y C ocasionan meningoencefalitis (Yarosh, 1961).

Sintomatología.

La encefalitis gripal se presenta generalmente en las formas graves de influenza.

Es bien sabido que la gripe en la mayor parte de los casos comienza bruscamente con escalofríos, fiebre, intenso dolor de cabeza, gran laxitud, anorexia, considerables mialgias y un estado de profunda postración.

Estos síntomas desde las primeras epidemias son característicos de la gripe o influenza, predominando la profunda postración; el sujeto no tiene fuerzas para comer ni para moverse en el lecho.

Los síntomas respiratorios ocurren rápidamente en estos casos; si son graves, el sujeto tiene disnea, tos, al principio seca, después expectoración hemoptoica y cambios bronconeumónicos o neumónicos, de tipo masivo, en los dos pulmones. A veces se complica con neumonías neumocócicas o con neumonías piógenas (estreptocócicas o estafilocócicas). Pero otras veces, el cuadro es simplemente virósico, es una neumonía viral que afecta a ambos pulmones y naturalmente ocasiona cianosis, disnea y dificultad respiratoria.

El cuadro psiconeurológico de encefalitis se caracteriza porque ya cuando el sujeto entra en la fase neumónica, se torna confusional, comienza a delirar, se agita, tiene alucinaciones visuales, auditivas, quiere levantarse del lecho, está intranquilo e inquieto; o si no, entra en un estado estuporoso, inmóvil, en semicoma o en coma, y no raras veces se presentan ataques convulsivos generalizados. En contadas ocasiones, el sujeto tiene signos neurológicos focales. El paciente evoluciona hacia la parálisis respiratoria. También se han descrito manifestaciones tales co-

mo meningitis serosa, meningoencefalitis, neuropatías periféricas y trastornos mentales (Jerí 1957, Acuña 1959, Vashchenko 1960).

Muchos médicos creen que el paciente muere por la obstrucción respiratoria infecciosa, pero si se observa bien al enfermo se nota que muere por colapso respiratorio, por invasión bulbar del neuro eje.

Tratamiento.

No hay tratamiento específico. Hasta el día de hoy, ninguna droga actúa, ningún antibiótico puede destruir a este virus. Así es que el tratamiento es sólo sintomático.

ENCEFALITIS NECROTIZANTE AGUDA

Etiología.

También llamada encefalitis polioclásica. Ha sido descrita por Rademeker en Bélgica, Dawson en EEUU y Greenfield en Inglaterra.

Esta enfermedad se caracteriza porque la afección del sistema nervioso muchas veces coincide con graves epidemias gripales.

El futuro determinará si esta enfermedad es realmente gripal o si se debe a una mutación de virus gripal o es condicionada por una infección agregada en un paciente que tuvo influenza.

Sin embargo, persiste la observación de que la encefalitis necrotizante muchas veces sigue a epidemias graves de gripe.

Se ha descubierto que en algunos enfermos examinados por técnicas virológicas, la afección es producida por el herpes simple, a estos casos se les llama encefalitis herpética, pero Van Bogaert en 35 casos estudiados histológicamente y en los cuales también se hizo investigación virológica, sólo pudo probar que en siete la encefalitis era ocasionada por el virus de herpes. De modo que surge la interrogación de si la encefalitis necrotizante no es una forma de reacción del cerebro frente a un virus distinto al del herpes simple.

En consecuencia, no se conoce con positividad al agente causal de la encefalitis necrotizante aguda. Se supone que es producida por un virus filtrable.

Sintomatología.

La enfermedad comienza con síntomas de una infección general, ya

sean respiratorios o digestivos, y poco después preséntanse síntomas psíquicos y neurológicos. El cuadro es neuropsiquiátrico prácticamente desde el principio.

Los síntomas psíquicos casi siempre comienzan con una desorientación espacio-temporal, inquietud o excitación psicomotriz, alucinaciones olfatorias frecuentemente desagradables, rara vez alucinaciones visuales, muy ocasionalmente alucinaciones auditivas.

El sujeto está inquieto, agitado, inestable, muévese continuamente, hace tentativas de suicidio, sufre de automatismos o de estereotipias, unas veces relacionadas con el oficio o con la propia profesión; otras veces las estereotipias nada tienen que ver con sus actividades comunes. El paciente tiene una sensación permanente de inquietud. de despersonalización, de extrañeza. No reconoce a las personas que le rodean, incluso ni a sus parientes más próximos. Otras veces adopta una actitud negativista, no obedece las indicaciones que le dan los familiares, no contesta las preguntas del médico, no quiere comer, no cuida de sí mismo.

Como es de suponer, estos pacientes con trastornos psíquicos son llevados al psiquiatra. Si el psiquiatra es un hombre demasiado restringido en su forma de interpretar la psicopatología, puede pensar que se trata de un trastorno puramente psicógeno. Pero el enfermo debe ser examinado y los síntomas comprueban entonces la naturaleza orgánica de la afección. Hay confusión mental, desorientación, disturbios de la memoria, atención y concentración, que son signos característicos del sufrimiento cerebral orgánico.

Al mismo tiempo que los síntomas psíquicos, se desarrollan crisis convulsivas. El enfermo comienza a tener ataques epilépticos que pueden ser jacksonianos, o generalizados, o verdaderos estados psicomotores. Frecuentemente hay también parálisis, hemiplejías, o afasias, o parálisis transitorias de los pares craneales. Tampoco es raro encontrar una reacción meníngea, el enfermo tiene rigidez de nuca, o con la intensidad que se observa en las meningitis piógenas, pero suficiente como para producir incapacidad de llevar el mentón al esternón. Frecuentemente existen signos de hipertensión intracraneal con hernia del lóbulo temporal en la incisura (Pierce, 1964).

El enfermo después de una fase de excitación, de agitación confusa, entra en una fase de obnubilación tranquila y finalmente llega al coma.

El coma puede ser en estado de rigidez descerebrada o en estado de rigidez de decorticación; o el coma puede ser completamente hipotónico, flácido. El enfermo muere finalmente por colapso cardíaco.

Diagnóstico Diferencial.

Hemos dicho que el sujeto muere por colapso cardíaco, en esta forma se diferencia de la encefalitis gripal, en la que el enfermo muere por colapso respiratorio. Además se diferencia de la gripal, porque en la encefalitis necrosante, el paciente está agitado al principio; en la encefalitis gripal está completamente adinámico, postrado, agotado desde el comienzo. En la forma necrosante predominan las manifestaciones psicóticas, hecho que no se observa al principio de la enfermedad gripal. La mortalidad de la encefalitis necrotizante es sumamente elevada, en cambio sobreviven buen número de pacientes que sufrieron la forma encefalítica de la influenza.

Laboratorio.

El L.C.R. es patológico, pero la pleocitosis es mixta, o sea hay gran número de células polimorfonucleares, mononucleares y células linfocitarias en cantidades de 50 a 1,000 células por mmc. Todos los demás componentes son normales con excepción de las proteínas, que están aumentadas. Los procedimientos de laboratorio son por tanto útiles pero no tienen valor diagnóstico. La única manera de lograr reconocer la enfermedad en vida es mediante la biopsia del lóbulo temporal (Bennett, 1962).

Mortalidad.

Es prácticamente siempre mortal. En 37 casos, estudiados por Van Bogaert, todos murieron al cabo de pocos días. Pierce (1964) ha conseguido salvar dos casos mediante la lobectomia temporal.

Patología.

La patología es característica y permite diferenciar esta afección de todas las otras enfermedades encefalíticas. Se le llama encefalitis necrotizante aguda porque las lesiones predominan en la corteza cerebral, núcleos basales, lóbulos temporales e hipocampo.

El compromiso precoz de la parte anterior de ambos lóbulos temporales explica las alucinaciones olfatorias del comienzo de la enfermedad.

La afección se llama necrotizante porque cuando se corta el cerebro

y se hace una tinción cualquiera, o a veces sin tinción, se descubre un gran número de focos de reblandecimiento necrótico, masivo, que se extienden prácticamente a todo el encéfalo, pero que afectan predominantemente a la región témporo-hipocámpica, o sea, la punta de los lóbulos temporales; la parte posterior del cerebro frontal, o sea, el lóbulo orbitario en ambos lados; el rinencéfalo, el hipocampo y la circunvolución pericallosa.

En dichas zonas se ve a simple vista una cantidad considerable de reblandecimientos necróticos.

Cuando dichos sectores se estudian microscópicamente se encuentran infiltraciones mononucleares y linfocitarias de la glía y de los vasos pequeños, especialmente numerosas en el hipotálamo, en el tronco cerebral y en el bulbo. Las lesiones necróticas predominan en la corteza (Crawford, 1957).

Tratamiento.

No hay tratamiento específico. Hemos dicho que la mortalidad es prácticamente del 100%. Sólo están indicadas las medidas generales que deben emplearse en pacientes agitados, delirantes o comatosos. En los casos en los que existe hipertensión intracraneal con hernia del lóbulo temporal a través de la incisura del tentorio está indicada la descompresión quirúrgica (Pierce, 1964).

LEUCOENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUB-AGUDA

Hay que estar alertas porque a veces esta enfermedad se presenta en forma epidémica en un país. Se han descrito tres formas principales, desde el punto de vista de la anatomía patológica, pero que clínicamente son indistinguibles:

1º La leucoencefalitis de Van Bogaert.
2º La leucoencefalitis sub-aguda a cuerpos de inclusión de Dawson-Greenfield.
3º La panencefalitis de Pette Doring.

Etiología.

Desconocida, se supone que sea producida por virus filtrables.

Patología.

Sa trata, de una infiltración plasmocitaria con intenso componente edematoso y degeneración que predomina manifiestamente sobre la sustancia blanca, de allí el nombre de leucoencefalitis. También existen otros cambios, tales como proliferación difusa de la glía y desmielinización extensa, secundaria del encéfalo.

Estas alteraciones patológicas posiblemente son secundarias a las lesiones primarias sobre las neuronas, pudiéndose observar en algunos cerebros necrosis y desintegración celular en las células ganglionares de la corteza cerebral, núcleos basales y núcleos grises de las formaciones pedunculares y protuberanciales. Según ha descrito Jakob en Alemania, a veces hay pequeñas hemorragias encefálicas. En el adulto las lesiones patológicas parecen tener predilección por las areas límbicas del cerebro (Brierley, 1960).

Sintomatología.

Es una enfermedad que afecta casi exclusivamente a niños o adolescentes ocurre entre los 12 y 18 años de edad, no se han descrito todavía casos en adultos.

La evolución es progresiva y sub-aguda, por eso se llama encefalitis sub-aguda. El comienzo es lento, a veces imposible de determinar el día exacto en que el sujeto comenzó a enfermar y se caracteriza porque no hay fiebre. La enfermedad dura de 3 a 10 meses, máximo 27.

También los síntomas son fundamentalmente psicológicos (Drachman, 1962). Se trata de niños que comienzan a tener bajo rendimiento en el colegio y después pierden las habilidades adquiridas, las maneras, la capacidad de vestirse, la habilidad para alimentarse, comienza a descuidar sus esfínteres; un niño que ya ha adquirido hábitos higiénicos comienza poco a poco a ser encoprético y enurético, primero nocturno y después diurno. Si el médico tiene suficiente sentido clínico, comprenderá que las perturbaciones psicopatológicas son orgánicas: el niño comieza a tener pequeños disturbios apráxicos, no sabe vestirse bien cuando ya antes lo hacía, olvida los datos que antes dominaba, no puede resolver problemas de aritmética que antes solucionaba perfectamente bien, se olvida de leer. Después hay trastornos apráxicos y agnósicos más definidos. Finalmente comienza a desarrollar crisis epilépticas cada vez más

frecuentes, rebeldes a los tratamientos comunes para la epilepsia. Los accesos pueden ser generalizados o localizados (epilepsia jacksoniana).

Después se registran movimientos anormales, presentando movimientos mioclónicos, coreicos, atetósicos, temblores más o menos groseros y balismo. Predominan los movimientos mioclónicos bilaterales, frecuentes en los miembros superiores e inferiores. Al examinar al enfermo, encontramos hiperquinesias, disturbios piramidales leves, espasticidad moderada, reflejos anormales del tipo del signo de Babinsky o signo de Hofmann, en un lado o en ambos lados, muy rara vez paresias de los óculomotores. Generalmente al examinar el tono, hay hipertonía para flexores y extensores, de tipo extrapiramidal fundamentalmente, aunque también se da hipertonía espástica y esta hipertonía cada vez va siendo más marcada. El niño va quedando poco a poco en un estado de hipertonía permanente, con los miembros en extensión.

El cuadro típico es un niño que está echado sobre la cama, con la cabeza para atrás, sin expresión emocional, o sino, con un llanto monótono, lento, con poca reacción frente al medio ambiente y que tiene contracciones mioclónicas, a veces asociadas con convulsiones generalizadas.

El paciente evoluciona poco a poco hasta el marasmo más completo y muere generalmente en hipertermia, durante una crisis hipotalámica, llegando la temperatura a 42-43° C. Otras veces, el enfermo fallece en status epilépticus.

Laboratorio.

El E.E.G. da un registro anormal difuso. Un niño que antes había tenido un E.E.G. normal para su edad, comienza a presentar una serie de perturbaciones disrítmicas, difusas, generalizadas. Y sobre esta perturbación de base, se presentan descargas periódicas de larga duración de complejos de grandes puntas y grandes ondas, parecidos al petit mal, pero de gran amplitud.

Estos cambios los ha descrito Rademeker (1955) en Bélgica, pero anteriormente Cobb (1950) ha estudiado otros casos en los cuales solamente hay ondas lentas que se repiten en forma periódica en intervalos de aproximadamente 8 segundos, que pueden presentarse en crisis que duras horas o días. Bogacz (1959) ha corroborado dichas observaciones. El electroencefalograma es un índice útil del grado de severidad de la infección cerebral. Los casos más graves se acompañan de repetidas convulsiones y anomalías persistentes en el EEG (Gibbs, 1964).

Tratamiento.

Es sintomático. Todos los casos hasta este momento han sido fatales.

RABIA, HIDROFOBIA O LISSA

Esta enfermedad existe con relativa frecuencia en el Perú y por ese motivo vamos a ocuparnos solamente de los aspectos neurológicos. Se puede decir que entre nosotros la rabia es una de las formas más prevalentes de encefalitis viral.

Anatomía Patológica.

Cuando se hace la autopsia de un enfermo que ha muerto de rabia, en el examen macroscópico encuéntrase que el cerebro está edematoso, friable, se dislacera fácilmente, además se halla congestionado y las circunvoluciones están aplanadas y anchas. Si se observan mejor los vasos, nótase marcada congestión venosa. Todos los vasos de las leptomeninges y de la corteza cerebral están marcadamente congestionados, en especial los vasos venosos.

Al corte, se visualiza marcada congestión perivenosa de la sustancia blanca y de la sustancia gris; que se extiende desde la corteza hasta los segmentos espinales, es por tanto, una panencefalitis, una infección que compromete todo el sistema nervioso central.

Microscópicamente se ve un gran número de células rojas (hiperhemia) y también infiltración mononuclear alrededor de los pequeños vasos y de las neuronas. Estos son los cambios visibles en las autopsias corrientes, de pacientes que han fallecido de rabia. Los cuerpos de Negri requieren un método especial de tinción (fucsina básica) y su investigación tiene que hacerse en un laboratorio especializado. Dichos cuerpos de inclusión están localizados dentro del citoplasma de las neuronas.

Incubación.

La incubación es muy variable desde 10 hasta 360 días, y este largo tiempo de incubación puede deberse a tres factores: (1) virulencia del agente causal, (2) cantidad de virus inyectado (si el sujeto ha sido lamido, demorará mucho más tiempo que si ha sido realmente mordido y lesionado gravemente, porque ha penetrado más cantidad de virus por

esa vía) y (3) localización de la lesión que constituye la puerta de entrada. La incubación es menor cuando el enfermo ha sido mordido en la cara que cuando el ataque fue en un pie o en una mano.

Sintomatología.

El comienzo de la afección es insidioso y habitualmente evoluciona en tres fases:

1º Fase prodrómica.
2º Fase de excitación.
3º Fase paralítica.

En la fase de pródomos el enfermo se queja de fiebre, malestar general, dolor de garganta y además comienza a notar raras sensaciones en el sitio donde le mordieron: dolores intermitentes, latidos, sensación de calor y de frío.

Después el paciente tórnase hiperestésico ante los estímulos sensoriales. Si hay un cambio de temperatura, el sujeto lo siente más intensamente que nadie. No puede soportar las corrientes de frío, tiene que abrigarse; no puede soportar los ruídos, lo sobresaltan, lo excitan sobremanera, no puede tolerar la luz que también lo conmueve, le afecta, ocasionándole sensaciones muy desagradables.

Al examinar al paciente notamos que tiene un aumento del tono muscular y los reflejos están universalmente vivos, sin haber signos piramidales definidos. Lo mismo sucede con los reflejos cutaneomucosos. Al deprimir la faringe, el enfermo tiene un reflejo nauseoso muy intenso, mucho más considerable que el que presenta una persona joven normal.

Cuando se estimula la córnea, el enfermo salta bruscamente, no puede resistir que se haga la maniobra para buscar el reflejo corneal. Si nos acercamos y observamos las pupilas, éstas están en dilatación permanente y el paciente está salivando excesivamente. En este momento, el médico con experiencia hace el diagnóstico de rabia. Desgraciadamente, en esta etapa ya no hay nada que hacer, el individuo está indefectiblemente condenado a muerte. La fase de excitación se caracteriza por contracciones espasmódicas de los músculos de la laringe, de la boca y de la faringe. Estos intensos espasmos ocurren cuando el sujeto comienza a beber agua y depués simplemente al ver agua o los recipientes con agua o al oír el gorgotear de ésta o de una bebida. Entonces el enfermo toma horror a beber y a mirar el agua, de allí que los antiguos llamaban a este síndrome, hidrofobia, que quiere decir temor al agua.

Posteriormente los espasmos se generalizan, afectando a los músculos diafragmáticos e intercostales, y el sujeto comienza a padecer accesos convulsivos generalizados mioclónicos o crisis opistotónicas.

Al mismo tiempo se presentan trastornos psíquicos. El paciente puede estar tranquilo y bruscamente se levanta en un estado de tremenda agitación, comienza a golpear a los que le rodean o comienza a empujarlos o quiere fugar de la habitación o salta por la ventana. Son fases de excitación psicomotriz muy graves, en las cuales el sujeto puede morir por insuficiencia cardíaca o accesos de perturbación psicológica irracional, con gran desorientación espacio-temporal. Posteriormente se aplaca, se tranquiliza, recupera el sensorio, contesta a las preguntas y colabora adecuadamente en el examen. Esta evolución es también característica, o sea, la intercurrencia de fases de agitación psimotriz con fases de tranquilidad.

En este momento, muchos creen que el enfermo los puede morder y que en esa forma les va a contagiar la enfermedad. La verdad es que raras veces lo hace, pero hemos tenido oportunidad de ver el caso de una madre que fue mordida por su hija, cuando la conducía al hospital. Ambas murieron porque la madre conmovida por la grave enfermedad de la hija, no relató a los médicos que había sido contagiada en esa forma.

La fase de excitación termina con la aparición de fenómenos paralíticos en los músculos de la fonación. Los músculos que primero se paralizan son los que al principio se pusieron espásticos. El paciente comienza a tener disfonía y después afonía, no siendo posible oír lo que habla.

La fase paralítica comienza cuando cesan los espasmos y se relaja la musculatura. Ya el enfermo no tiene contracciones espasmódicas en crisis. Los reflejos que antes estaban activos, se vuelven débiles, hay hiporreflexia o arreflexia. Lentamente comienza a paralizarse todo el cuerpo, a veces en forma de parálisis ascendente de Landry, desde los pies hasta los músculos bulbares. Otras veces la parálisis es parcelar, un brazo o una pierna. La parálisis es típicamente flácida. Se han observado casos de parálisis ascendente sin hidrofobia y sin espasmo, en la rabia que se ha descrito en Trinidad por mordedura de murciélagos.

Diagnóstico.

Se hace por la anamnesis y el examen físico. Un paciente que presenta síntomas neurológicos después de haber sido mordido por un animal carnívoro, puede tener rabia. Cualquier animal doméstico carnívoro

y algunos animales carnívoros salvajes pueden ser vectores de la enfermedad: gatos, perros, monos, murciélagos, lobos y zorros.

En un sujeto que ha sido mordido por uno de dichos animales, que presentan disfunción nerviosa y defectos de la deglución, el diagnóstico está hecho.

En los niños, no es raro que ellos olviden el haber sido atacados o que las sirvientas nieguen que han existido mordeduras.

Otras veces no hay verdaderas mordeduras sino simplemente el lamido. Si un niño tiene un rasguño en la mano y un perro rabioso le lame allí, entonces esa acción puede ocasionar la enfermedad.

Estos casos ofrecen grandes dificultades porque no hay datos de mordeduras. El paciente puede ser mordido durante el sueño por un murciélago rabioso y no darse cuenta de lo sucedido.

Pero ante el síndrome de disfunción nerviosa y disfagia, pensar siempre en rabia, porque el pronóstico es invariablemente fatal y el médico que se equivoque en el diagnóstico y formule un pronóstico favorable, corre el riesgo de considerable desprestigio.

El virus puede aislarse de la saliva o del tejido cerebral en las autopsias y pueden hacerse pruebas de neutralización previa inoculación a los hurones, conejos, cobayos y ratones.

Con métodos de tinción especial (fucsina básica) es posible encontrar el cuerpo de inclusión protoplasmático de Negri en las neuronas cerebrales, especialmente en el asta de Ammon y en las células de Purkinje del cerebelo, este cuerpo es patognomónico de rabia.

Por eso, siempre que un animal domético muerda, debe ser considerado como rabioso hasta que no se demuestre lo contrario. En esos casos se debe atrapar al animal y llevarlo para su observación porque el animal rabioso también muere invariablemente a las dos semanas o antes.

Debemos advertir, sin embargo, que no conviene hacer tratamiento con vacuna antirrábica a toda persona mordida por un perro, porque hay un buen número que desarrollan encéfalomielitis consecutiva a la vacuna. Sólo debe vacunarse al paciente cuando lo necesita realmente. Por eso es mejor atrapar al animal doméstico y observarlo durante 10 a 15 días. Si está rabioso, de todas maneras va a morir y entonces hay que comenzar el tratamiento de la vacuna antirrábica. En caso de mordedura de animales salvajes es preferible emplear la vacuna, si es que no se le puede cazar y examinar.

Prevención.

Ante una mordedura de un animal sospechoso de rabia, lavar con abundante agua tibia y jabón la zona afectada o practicar un lavado con detergente. Enseguida usar una sustancia que destruya en lo posible al virus, en el sitio donde ha sido inoculado. Se usa de preferencia el ácido nítrico.

Si un animal salvaje (lobo, zorro, murciélago) muerde a una persona, los colmillos (3 — 3½ cm. de largo) penetran a veces hasta el hueso. Entonces no es método práctico el debridar la herida. Al debridar la herida, se corre el riesgo de extender la infección, porque el virus atraviesa rápidamente los tejidos muertos. Limitarse entonces a inyectar una solución de Zefirán al 1% o ácido nítrico en la profundidad de la herida después de haberla lavado cuidadosamente.

Inmediatamente administrar inmunización masiva mediante antisuero hiperinmune.

Determinar si el animal era rabioso. Si es rabioso proceder a la vacunación contra la rabia según el método propugnado por el Ministerio de Salud Pública y con la vacuna suministrada por el Departamento de Inmunizaciones (Galdos, 1958). Sin embargo, deben extremarse las precauciones porque la vacuna con virus "fijado" puede ocasionar rabia de laboratorio, enfermedad siempre fatal, como infortunadamente ocurrió en 1954 en Beirut y en 1960 en Fortaleza (Remlinger, 1961).

CORIOMENINGITIS LINFOCITARIA

La coriomeningitis linfocitaria es una enfermedad aguda, caracterizada por síntomas gripales que pueden o no ser seguidos de meningitis aséptica. El agente causal es un virus filtrable, de tamaño mediano, patógeno para el hombre, los cobayos, los monos y los roedores. El virus pertenece al grupo víscerotropo y es capaz de producir neumonía intersticial, infiltración de células redondas y coriomeningitis. Durante la infección se produce un antígeno soluble, frente al cual se desarrollan anticuerpos de fijación de complemento en la convalescencia. Los anticuerpos neutralizantes al virus mismo no aparecen hasta varios meses después de la infección.

La enfermedad ocurre esporádicamente, tanto en Norte como en Sur América, en Europa y en Asia. El virus es albergado en los ratones.

pasando la infección latente de una generación a la próxima. Los perros pueden también desarrollar la infección inaparente, que en consecuencia puede trasmitirse por las picaduras de las pulgas.

Patología.

La enfermedad es relativamente benigna y por tanto, se han hecho pocos estudios necrópsicos. Los principales hallazgos consisten en cambios bronconeumónicos intersticiales, así como infiltración linfocítica de los plexos coroideos y de las meninges en las fases agudas. La inflamación meníngea regresiona lentamente y ocasionalmente puede quedar engrosamiento, infiltración y cicatrización de las paredes ventriculares y de los espacios subaracnoideos. En casos fatales pueden encontrarse focos encefalíticos en el cerebro y en el tronco encefálico, con cambios en las células ganglionares y en los vasos parenquimales.

Síntomas.

El período de incubación es corto, por lo general de 5 a 10 días. Los síntomas prodrómicos consisten en fiebre (38º — 39ºC), cefalea, malestar, raquialgias, mialgias, fatiga, debilidad y somnolencia. Frecuentemente existe en esta etapa dolor de garganta, enrojecimiento faríngeo y a veces, signos neumónicos o bronquíticos. En la sangre encuéntrase leucopenia y puede demostrarse allí al agente causal. Esta fase dura de 4 a 15 días. En algunos enfermos se observa recuperación completa; en otros, después de 1-2 días de temperatura normal, nuevamente ocurre una onda febril asociada a los síntomas de meningitis: cefalea, somnolencia, náuseas, vómitos, rigidez de nuca, signo de Kernig, bradicardia y cambios en los reflejos tendinosos. La temperatura en este período alcanza a 40 — 41ºC y se asocia con escalofríos. Ocasionalmente puede encontrarse edema papilar y signo de Brudsinsky, en cambio siempre hay rigidez de nuca, y signo de Kernig en el 50% de los casos. En este momento puede comprobarse numeración normal o leucocitosis hasta de 10,000 células. La eritrosedimentación es normal o más lenta de lo normal.

El líquido cerebro espinal muestra aumento de la presión, así como incremento de proteínas y de células (50 — 2,500 células, linfocitos en su mayor parte). En cambio la glucosa y los cloruros están normales. El virus puede aislarse del líquido cefalorraquídeo durante los primeros 7—10 días de la meningitis, pero después desaparece por completo. Los

frotes coloreados del L.C.R. no muestran microorganismos y los cultivos son negativos.

Curso.

La segunda fase de la enfermedad dura alrededor de una semana y después gradualmente remite la fibre y los síntomas meníngeos. Los cambios en el líquido cerebro espinal desaparecen mucho más lentamente. Algunos pacientes sólo desarrollan la fase prodrómica. La mayor parte presentan la sintomatología conocida antiguamente con el nombre de "meningitis aséptica". En algunos pacientes la enfermedad invade al sistema nervioso central, ocasionando un cuadro encefalomielítico con síntomas motores y sensitivos. En estos casos a la fiebre y cefalea se asocia confusión mental, alucinaciones, somnolencia, diplopia, afasia, hemiplejía, edema papilar u otros signos focales.

Algunos casos, muy raros por lo demás, muestran signos de encefalitis combinados con manifestaciones neumónicas, fiebre alta, marcada postración y leucopenia que evoluciona posteriormente hacia una considrable leucocitosis. Sin embargo, la mayor parte de enfermos recupéranse completamente. Raras veces han muerto los pacientes por cicatrización de los plexos coroideos o de las meninges o por encefalitis sobre aguda.

Diagnóstico.

El diagnóstico se establece por tratarse de pacientes que han estado en contacto o en las proximidades de roedores y desarrollan una enfermedad aguda, febril, con síntomas gripales que terminan en una meningitis aséptica; confirmándose por la demostración del virus en el líquido cerebro espinal o por el desarrollo de anticuerpos en el suero de los convalescientes. Los anticuerpos de fijación de complemento aparecen cuatro semanas después del comienzo de los síntomas y pueden demostrarse durante varios meses. Los anticuerpos neutralizantes para el virus aparecen de 2 - 3 meses después del principio de la enfermedad, pero usualmente persisten por varios años.

Las meningitis asépticas pueden ser producidas por los virus de la coriomeningitis, Coxsackie, ECHO, herpes, leptospirosis, paperas, poliomielitis y otros. La diferenciación puede hacerse por métodos virológicos de laboratorio. Desgraciadamente entre nosotros estas técnicas están po-

co desarrolladas y aún en otros países muchas veces fallan en identificar al agente causal. Por tanto los métodos de cabecera deben ser preferidos en nuestro medio. En el Perú es necesario diferenciar la coriomeningitis de la meningitis tuberculosa aguda, de la meningitis tuberculosa sub-aguda, de la criptococosis y de las reacciones meníngeas asociadas con la cisticercosis racemosa. Tanto los hallazgos clínicos, como los del L. C. R., permiten la diferenciación sin muchas dificultades.

Tratamiento.

No hay terapéutica específica, debe atenderse la cefalea mediante analgésicos o raquicentesis. En los pacientes ansiosos puede emplearse barbitúricos o fenotiazínicos en dosis moderadas. La prevención debe lograrse mediante la destrucción de los roedores en las casas y las personas que deben manipular estos animales se protegerán con guantes gruesos y los atraparán con las debidas precauciones.

MENINGOENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS

Los enterovirus (Coxsackie, ECHO) y los adenovirus tienen distribución universal y ocasionan epidemias con diversa sintomatología. Los enterovirus prevalecen en verano y los adenovirus en invierno, siendo ambos parásitos viscerotrópicos, pues sólo excepcionalmente atacan, de manera primaria, al sistema nervioso central. Se sabe que existen 24 serotipos Coxsackie, 20 serotipos ECHO y 18 serotipos adenovirales. Estos últimos se traducen clínicamente por enfermedad respiratoria aguda indiferenciada, faringitis exudativa no estreptocócica y fiebre faringoconjuntival. Excepcionalmente afectan, de modo primario o secundario, al encéfalo.

En cambio, los virus Coxsackie se dividen en dos grandes grupos: A y B. El grupo A tiene 19 serotipos y ocasiona miopatías generalizadas en los ratones lactantes. El grupo B tiene 5 serotipos y produce en dichos animales miopatías, pancreatitis, encefalitis, miocarditis y hepatitis. Ambos grupos son parásitos muy pequeños, abundan en el verano y se les puede recuperar de la saliva y de las heces de los animales o seres humanos infectados. En la especie humana se sabe que los virus Coxsackie pueden producir meningoencefalitis, erupciones cutáneas, conjuntivitis, espasmo laríngeo, parálisis musculares, miocarditis (Stern, 1961), síndrome de Guillain-Barré (Serotipos A2, A5, y A6), meningitis aséptica

(Serotipos A1, A2, A14, A16, y A23), y asociado con el virus de la poliomielitis, se ha hallado en casos fatales de poliomielitis bulbar (Gear, 1962).

Los virus ECHO son citopatogénicos para el mono, no son neutralizados por los antisueros poliomielíticos ni Coxsackie y no enferman a los ratones lactantes. Sin embargo pueden producir diversos cuadros morbosos, tales como la gripe de verano de los lactantes y niños, herpangina, pleurodinea epidémica, miocarditis aguda aséptica y meningitis aséptica. Esta última enfermedad frecuentemente es producida por los virus ECHO, serotipo 6 (Karzon, 1962) y 9 (Oren, 1961), ocasionando cefalea, vómitos, mialgias, leve rigidez de nuca, pleocitosis (10-930) y aumento de proteínas (más de 40 mg.%) en el líquido cerebro espinal.

ENCEFALITIS HEMORRAGICAS

Esta forma clínica ha sido discutida en cuanto a su etiología. Se caracteriza anatómicamente por la presencia de hemorragias pequeñas, medianas o considerables, en la corteza y sustancia blanca del encéfalo. Existen formas no infecciosas, tales como las observadas en la leucemia, hemofilia, púrpura trombocitopénica e intoxicación crónica por el alcohol (encefalopatía hemorrágica superior). No obstante, en otras oportunidades la enfermedad se observa en niños o personas jóvenes, comenzando en forma aguda y adoptando por lo general un curso grave. En una serie de 42 casos se pudo determinar que existían 4 variedades clínicas fundamentales: 1) hemipléjica, 2) meníngea, 3) comatosa y 4) epiléptica. La fiebre remitente tenía mal pronóstico porque significaba nuevas hemorragias durante el acmé febril (Salaeva, 1961).

En América del Sur se ha descrito una encefalitis viscerotrópica, ocasionada por un arbor virus natural de ciertos roedores salvajes (Mus musculus) y transmisible a los ratones blancos. La enfermedad comienza con síntomas infecciosos generales y en el período de estado puede acompañarse de obnubilación, temblores, algias, mareos, contracturas, excitación, delirio, amimia, mioclonías, convulsiones y coma. El cuadro se acompaña de hemorragias en diversos territorios del cuerpo (epixtasis, hemoptisis, melenas, vómitos hemorrágicos, petequias y hematomas). La mortalidad fluctúa entre 5.8 a 8.6% (Rugiero, 1963).

Entre nosotros se han observado varios casos de encefalitis hemorrágicas, como complicación de enfermedades virósicas agudas primariamente viscerotrópicas y caracterizadas clínicamente por graves cuadros neurológicos asociados a convulsiones, parálisis, delirio y coma. Deza (1964)

ha estudiado un caso consecutivo a un arañazo de gato, que se manifestó por signos meningeos, crisis convulsivas y coma. El cerebro mostró áreas de necrosis perivasculares, zonas de desmielinización y pequeñas hemorragias lineales en la sustancia blanca.

ENCEFALITIS EN LA HEPATITIS VIRAL

En el Perú, en el valle de Abancay, se ha señalado desde hace muchos años una grave enfermedad epidémica, que no infrecuentemente afecta al sistema nervioso, y designada como "Encefalitis de Abancay". Los estudios clínicos y de laboratorio han demostrado que se trata en realidad de una hepatitis viral. Llama la atención que desde la época de la colonia esta afección tienda a presentarse repetidamente en dicha zona. El primer estudio clínico-patológico de la entidad que comentamos fue hecho por Encinas (1956) durante las epidemias de 1952-1955 y se refiere a 33 observaciones de las cuales se hizo el estudio anatomapatológico en 24 casos, demostrándose inobjetablemente que se trataba de encefalitis consecutiva a hepatitis epidémica. Posteriormente Trelles (1960) describió un caso caracterizado por ictericia, petequias, hepatomegalia, Babinsky bilateral, paresia facial derecha, estupor y coma. Esta paciente murió cinco días después de iniciados los síntomas y el estudio necrópsico reveló hemorragias subaracnoideas, reacción meníngea a predominio monolinfocitario, lesiones degenerativas neuronales y discreto infiltrado perivascular monolinfocitario. Las lesiones eran difusas e irregulares, distribuyéndose en el bulbo, cerebelo, tronco encefálico, hipotálamo y corteza cerebral. El examen de las demás vísceras reveló necrosis masiva aguda en el hígado, con preservación de la trama reticular.

RESUMEN

Se revisa el problema de las encefalitis virales, especialmente en relación con los avances logrados recientemente en la descripción clínica, el diagnóstico y el tratamiento de las formas prevalentes en la actualidad, haciendo mención de los trabajos realizados por autores peruanos acerca de estas enfermedades.

SUMMARY

The problem of viral encephalitis is reviewed, emphasizing recent advances in clinical description, diagnosis and treatment of the varieties prevalent nowadays and mentioning the studies done by peruvian authors in this field.

BIBLIOGRAFIA

1. ACUÑA, O. Encéfalomeningitis Gripales. Rev. Neuropsiquiat. 22: 122 - 133, 1959. — 2. AGUILAR, M.J. et al. Role of Encephalitis in Pathogenesis of Epilepsy. Arch. Neurol. 2: 663 - 676, 1960. — 3. BAKER, A.B. Viral Encephalitis, Clinical Neurology, vol. 2, pp. 811-858; Hoeber-Harper; New York; 1962. — 4. BENNETT, D.R. et al. Acute Necrotizing Encephalitis. Arch. Neurol. 6: 96-113, 1962. — 5. BOGACZ, J. et al. Non Epidemic Progressive Subacute Encephalitis (Type Van Bogaert) II. Serial EEG Abnormalities and Deep Electrography. Acta Neurol. Lat. Amer. 5: 158-183, 1959. — 6. BRIERLEY, J.B. et al. Subacute Encephalitis of Later Adult Life Mainly affecting the Limbic Areas. Brain 83: 357-388, 1960. — 7 BROUN, G.O. Encephalitis and Other Virus Infections of the Central Nervous System, The Oxford Medicine, Vol. 6, pp. 72-84 (2), Oxford Univ. Press, New York. 1950. — 8. COBB,, W.& Hill, D. Electroencephalogram in Subacute Progressive Encephalitis. Brain 73: 392-404, 1950. — 9. CHOU, H. Epidemic Type B Encephalitis. Its Clinical Manifestation and Treatment with Traditional Chinese Medicine. Chin. Med. J. 80: 548-553, 1960. — 10. CRAWFORD, A. et al. Necrotizing Encephalitis. Brain 80: 209-221, 1957. — 11. DEZA, L. Leucoencefalitis Hemorrágica Aguda Consecutiva a Enfermedad del Arañado de Gato. Tesis Bach. Med. Univ. Nac. San Marcos, Lima, 1964. — 12. DIERSSEN, G. et al. Hemiballism Following Surgery for Parkinson's Disease. Arch. Neurol. 5: 627-637, 1961. — 13. DRACHMAN, D.A. et al. Herpes Simplex and Acute Inclusion Body Encephalitis. Arch. Neurol. 7: 45-63, 1962. — 14. ENCINAS, E. et al. Contribución a la Clínica y Anatomía de la Hepatitis Epidémica Aguda de Abancay. Anal. Fac. Med. 39: 1-72, 1956. — 15. GALDOS, M. Conceptos Actuales sobre algunas Vacunaciones de uso corriente en el Perú. Rev. Sanid. Polic. 18, 577-598, 1958. — 16. GILLINGHAM, F. J. et al. A Case of Postencephalitic Parkinsonism responding to combined surgical and Medicine Treatment. Lancet 1: 193-194, 1965. — 17. GEAR, J. Coxsackie Virus Infections in Southern Africa. Yale J. Biol. Med. 34: 289-303, 1962. — 18. GIBBS, F.A. et al. Common Types of Childhood Encephalitis. Arch. Neurol. 10: 1-11, 1964. — 19. JERI, R. Nota sobre los disturbios psiquiátricos en la influenza. Rev. Sanid. Polic. 17: 243-253, 1957. — 20. KANDLE, R.P. Eastern Encephalitis in New Jersey. New York St. J. Med. 61: 726-730, 1961. — 21. KARZON, D.T. et al. Aseptic Meningitis Epidemic due to ECHO 4 virus. Amer. J. Dis. Child.

101: 610-622, 1961. — 22. MARKHAM, C.H. et al. Stereotactic Surgery in Parkinson's Disease. Arch. Neurol. 8: 621-631, 1963. — 23. OREN, J. et al. Aseptic Meningitis of an Indian Reservation. An Epidemic Associated with ECHO 9 virus. Amer. J. Dis. Child. 102: 843-852, 1961. — 24. PIERCE, N. F. et al. Encephalitis Associated with Herpes Simplex Infection presenting as a temporal lobe mass. Neurology 14: 708-713, 1964. — 25. RADERMERCKER, J. L' électroencéphalogramme dans les encéphalites et les determinations cérébrales d'aspect encéphalitique. Rev. Med. Liege 10: 293-299, 1955. — 26. REMLINGER, P. Contribution a' l'etude de la'rage de laboratoire' Episodes de Fortaleza et de Beyrouth. Arch. Inst. Pasteur Alger. 39: 254-260, 1961. — 27. RUGIERO, H.R. et al. Argentine Hemorrhagic Fever en Tropical Neurology (ed. L. Van Bogaert), pp. 294-301, López Libreros, Buenos Aires, 1963. — 28. SALAEVA, Z.M. Clinical Features of Hemorrhagic Encephalitis (trad. del ruso). Az. Med. Zh. 8: 14-22, 1961. — 29. STERN, H. Aetiology of Central Nervous System infections during prevalence of Poliovirus and Coxsackie virus. Brit. Med. J. 2: 1061-1066, 1961. — 30. TRELLES, J.O. et al. Lesiones encefálicas en la hepatitis viral. Rev. Neuropsiquiat. 23: 429-459, 1960. — 31. VAN BOGAERT, L. Las Encefalitis Actuales en Europa Occidental y Central. Wld. Neurol. 1: 464-478, 1960. — 32. VAN BOGAERT, L. The Subacute Encephalitis. Cerebral Palsy Bull. 3: 17-24, 1961. — 33. VAN BOGAERT, L. El Problema Actual de las meningoencefalitis linfocitarias agudas. Rev. Neuropsiquiat. 25: 1-25, 1962. — 34. VASCHENKO, M. et al. Neurological Syndromes during the Influenza outbreak (trad. ruso). Vrach. Delo 9: 55-59, 1960. — 35. YAROSH, A.A. Neurological Syndromes associated with influenza (trad. ruso). Vrach. Delo 7: 88-92, 1961. — 36. ZEIFERT, M. et al. The Electroencephalogram following Western and St. Louis Encephalitis. Neurology 12: 311-319, 1962.

SINOPSIS Y PERFIL DEL III CONGRESO LATINO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA

RUBEN RIOS CARRASCO

ANTECEDENTES

Cuando en el II Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, realizado en Noviembre de 1961 en México, la delegación peruana fué honrada con la elección del Dr. Carlos Alberto Seguín como Presidente de la APAL y el encargo de organizar el próximo Congreso, diversas emociones inundaron nuestro espíritu; orgullo y satisfacción por tan señalada distinción, alegría por la oportunidad de agasajar a nuestros amigos y mostrarles aunque fuera una apretada visión de lo que es nuestro Perú y el temor que implicaba la responsabilidad de estructurar un evento de esta magnitud, cuanto más tratandose de una institución adolescente cargada de espectativas y necesitada de los pantalones largos de la consagración. En efecto o, si bien la Asociación Psiquiátrica de la América Latina había sido fundada en París en 1950 a iniciativa del Dr. Raúl González Enriquez, infatigable promotor de este movimiento, quién a la cabeza de la primera Comisión Organizadora, preparase la reunión de 1951 en su país, México, e iniciase la difícil labor de aproximación entre las diversas instituciones existentes y la gestación de nuevas entidades en algunos países donde no las había; una serie de infaustos sucesos, entre ellos la prematura y sentida desaparición de Dr. Gonzáles, paralizaron su evolución y sólo fue diez años más tarde, que gracias al tesonero esfuerzo de los Drs. José Angel Bustamante, de Cuba, y Car-

* Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

los Alberto Seguín, del Perú, se logró, en La Habana, elegir una Comisión Directiva Provisional presidida por el Dr. Jesús Matta de Gregorio, la que logró alcanzar los fervientes anhelos de ver reunidos a los psiquiatras de esta parte del orbe en el I Congreso Latino-Americano de Psiquiatría que tuvo lugar en Caracas en 1961, dando así público nacimiento a un movimiento de rápida expansión y cuyo futuro es el de un destino superior e inmarcesible. De este modo, el Congreso de Lima, se definió como una reunión de trascendentales proyecciones que requería una cuidadosa y hábil preparación; en este sentido se logró el auspicio del Supremo Gobierno del Perú y de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la cooperación de diversas entidades científicas, asistenciales e industriales.

Dentro de este marco de referencia fue sin duda alguna un éxito primigenio, cuya trascendencia debe ser avalado en la real perspectiva de la evolución de la psiquiatría peruana, el haber logrado que, como algo excepcional en nuestro medio, la Comisión Organizadora estuviese conformada por representantes de las más diversas instituciones del quehacer psiquiátrico y que en su seno se superase toda discrepancia por el camino de la armoniosa colaboración y en aras del bien ganado prestigio científico peruano, como veremos más adelante, y que, a nuestro entender, constituye la simiente propicia para la cristalización de la siempre anhelada unidad de la familia psiquiátrica peruana. En tal certidumbre, como documento fehaciente de este paso inicial y reconocimiento del satisfactorio desempeño de su alta misión, transcribimos la conformación de la Comisión Organizadora: Presidente Carlos Alberto Seguín, Secretario General: Carlos Lucero Kelly, Secretario: Oscar Valdivia Ponce, Tesorero: Renato Castro de la Mata, Delegados: Baltazar Caravedo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Max Arnillas Arana del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M., Arnado Cano de la Asociación Psiquiátrica Peruana, Mariano Querol de la Sociedad Peruana de Neuro-Psiquiatría, Sebastián Lorente de Patrón de la Liga de Higiene Mental, José Sánchez García de la Liga Peruana contra la Epilepsia, Sergio Zapata del Centro de Estudios Psicosomáticos, Aspacia M. de Caravedo y Clorinda de García Pacheco de la Sociedad de Ayuda al Enfermo Mental, Rubén Ríos Carrasco del Hospital Obrero de Lima, Javier Mariátegui del Cuerpo Médico del Hospital Victor Larco Herrera, Fernando Samanéz y Carlos Bambarén Vigil de la Asociación de Médicos del Hospital "El Asesor", Carlos Saavedra del Hospital Militar Cen-

tral, Raúl Jerí de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobierno y Policía, Andrés Carrillo Broatch del Servicio de Sanidad de Aeronáutica, Ethel Bazán del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna y Carlos Añazgo del Hospital Centro de Salud Regional de Tarma.

SESION INAUGURAL

Los salones del Palacio Municipal, especialmente arreglados para el efecto, dieron el marco apropiado a la solemnidad y prestancia del acto; el Señor Presidente de la República, Ministros de Estado, Representantes del Poder Legislativo, el Alcalde de la Ciudad, Miembros de las Legaciones Extranjeras, invitados especiales, entre los que destacaban los Drs. Peter Baan, Tsung Yi Lin y René Gonzáles Uzcátegui de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Ewen Cameron de la Asociación Psiquiátrica Mundial, el Dr. Eugene Brody de la American Psichiatric Association y los Drs. Jean Velhard, Pedro Lain Entralgo y Ramón Sarró de Francia y España, respectivamente; conocidas personalidades de las altas esferas sociales, diplomáticas y culturales, congresistas y numeroso público constituyeron una impresionante y selecta concurrencia.

Las palabras iniciales estuvieron a cargo del Alcalde de la Ciudad Dr. Luis Bedoya Reyes: "La hospitalidad de la Ciudad de Lima se ofrece amplia y generosa para recibir a sus calificados huéspedes a quienes desea el más amplio de los éxitos"; acto seguido el Dr. Alberto Guzmán Barrón, Presidente de la Asociación de Facultades de Medicina y Decano de la Facultad de Medicina de San Fernando, afirmó: "Las Facultades peruanas que represento, ven con sumo interés los problemas a tratarse en las deliberaciones del Congreso que apoyan y patrocinan". El Dr. Ewen Cameron, Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mundial, expresó la espectativa del momento: "Los saludos que traigo son particularmente sentidos por cuanto no podemos olvidar el notable papel jugado por la APAL en la formación de la Asociación Psiquiátrica Mundial en 1961. El mundo espera los resultados de este evento en la confianza que ha de ganar mucho en conocimientos y perspectivas", el Dr. René Gonzáles Uzcátegui, Asesor Regional de la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud, dijo: "Nos satisface y nos conmueve ver aquí reunidos a los más destacados representantes de la Psiquiatría Latino-Americana trabajando con entusiasmo y cariño en pró de la salud mental de nuestro pueblo", el Dr. Eugene Brody, representante de la Asociación Psiquiátrica Americana, terminó su discurso con

las siguientes palabras: "Nosotros, en los Estados Unidos del Norte, percibimos la distancia que nos separa de nuestros colegas de este hemisferio. Deseamos vehementemente establecer nexos más estrechos superando así estos factores geográficos, ya que sentimos que las distancias humanas no son tan grandes. Nuestro anhelo es que en un futuro no muy lejano sea posible crear alguna estructura que facilite el intercambio tanto de la información científica como de otras ideas de interés mutuo, esto no sólo estrechará los contactos humanos sino que nos proporcionará una visión más amplia. Este es el mensaje, este es el saludo y estos son los deseos que les traigo de parte de nuestros colegas y hermanos de profesión de los Estados Unidos del Norte", el Dr. Guillermo Dávila, a nombre de las delegaciones extranjeras, acotó: "Es una verdadera satisfacción constatar cómo a cada momento que pasa, la Asociación Psiquiátrica de América Latina vá adquiriendo mayor fuerza y vigor y cómo un organismo, que no hace mucho en 1961 en Caracas, se mostraba como un tierno infante, adquiriera más tarde caracteres de niño, en México en 1962, para mostrarse, ahora, como un joven lleno de energía y pujanza. Apenas unos años atrás los que trabajamos en este campo éramos totalmente desconocidos unos de otros, se hablaba de los investigadores de los Estados Unidos y Europa, pero en realidad desconocíamos los estudios y las investigaciones llevadas a cabo en nuestros países que, sin embargo, tan íntimamente ligados se encuentran, no sólo por la situación geográfica sino por el lenguaje, las costumbres, el desarrollo histórico, económico y la problemática socio-cultural". El Dr. Carlos Alberto Seguín, Presidente de la APAL y de la Comisión Organizadora del III Congreso, delineó el contexto doctrinario del evento: "Creemos que nuestro Congreso llenará su misión académica y científica con aportes valederos; pero sobre todo, se dirigirá a nuestra conciencia de latino-americanos, uniéndonos más aún con los lazos del mutuo conocimiento y de la compartida aspiración hacia un mejoramiento decisivo. Al fin y al cabo, si la psiquiatría es hoy psiquiatría social, el psiquiatra latino-americano debe estar preocupado por la comunidad en que vive y por la comunidad más amplia a la que lo unen tantos lazos geográficos, históricos y afectivos. El Congreso habrá, pues, llenado una misión de saber y una misión de fraternidad; maravillosa comunión de cerebro y corazón a la que todos aspiramos". El Excelentísimo Señor Presidente Constitucional de la República, Arquitecto Fernando Belaúnde Terry, al declarar oficialmente inaugurado el Congreso, dijo: "La salud mental está vinculada a los factores emergentes de las mejores condiciones de vida y de trabajo, labor que debe ser enfrentada por el Esta-

dista y que es resultado de errores heredados del pasado y propios de la estructura socio-económica en que nos toca vivir. Así, hace muchos años, a raíz de un plan de urbanismo que me tocara dirigir, pude comprobar cómo la ampliación de las áreas verdes y la comodidad y relativo confort en la vivienda de barrios proletarios había disminuído las tensiones sociales de los grupos. Es por ello preocupación del Gobierno, al mismo tiempo que mejorar las condiciones generales de vida, promover la asistencia a nivel nacional por medio de numerosos hospitales que deben ser dotados de Servicios de Psiquiatría".

PRIMER TEMA OFICIAL

DROGAS Y PLANTAS PSICOTROPAS LATINO AMERICANAS

La primera sesión plenaria estuvo destinada a la revisión de un problema tan solo tocado antes en forma tangencial, por algunos esfuerzos individuales, así, en el anterior Congreso de México había sido también considerado, justamente para la primera sesión científica, más un enfrentamiento parcial y orientado en el sentido de las investigaciones hechas en latino-américa con drogas no propiamente aborígenes, soslayó este tópico de indudable trascendencia en el desarrollo de una psiquiatría propiamente autóctona; en esta oportunidad el Dr. Dionisio Nieto, de México, hizo una amplia exposición de cuanto se conoce acerca de las tres más importantes plantas psicótropas mexicanas, materia hoy de innumerables estudios y controversias, *el teonacatl, el peyotl y el ololiuqui;* luego se refirió al *toloache,* igualmente utilizado desde tiempos inmemoriales, pero que no viene a ser sino el estramonio y de últimas e interesantes observaciones acerca de los trastornos psíquicos presentados en habitues a la marihuana. El Dr. Edmundo Fisher, de la Argentina, presentó un vasto estudio acerca de los alucinógenos, su evolución histórica, su introducción en la investigación y el tratamiento de las enfermedades mentales, su triple interés como originadores de trastornos psicológicos y psicopatológicos, la relación que existe entre estos y las enfermedades mentales y la utilización de sus acciones psiquedélicas en la clínica y, finalmente, su clasificación en cinco grupos: derivados simples de la feniletilamina (la mescalina y la desmetoximescalina), los derivados simples de la indoletilamina (la bufotenina y la psilocina), los derivados condensados de la indoletilamina (la N dietil lisergamida, la harmina, la banis-

terina, la ibogaina), los bloqueadores colinérgicos (el ditrán) y los derivados del cannabis y otras drogas.

Esa misma tarde, en el salón A, los Drs. Jorge Galeano, Abraham Levitas, Shirley Prieto y Esperanza Pérez, del Uruguay, presentaron sus hallazgos electroencefalográficos en psicóticos crónicos sometidos a un esquema terapéutico novedoso de diazepán a dosis altas; el Dr. Clovis Martins, del Brasil, dió a conocer su amplia experiencia en la utilización de la dietilamida del ácido d-lisérgico en el diagnóstico y el tratamiento, haciendo hincapié en que una dosis de 0.66 microgamas por kilo de peso determina la emergencia de síntomas psicóticos, acentúa cuadros pre-existentes o provoca una definición de los trastornos de personalidad produciendo alteraciones psicopatológicas, neurovegetativas y somáticas, las primeras pueden ser aprovechadas para definir un cuadro clínico, identificar rasgos de la personalidad, apreciar la dinámica de los síntomas y orientar la comprensión global; la liberación de la angustia y la ecforización de los conflictos permiten un estrechamiento de las relaciones transferenciales utilizable terapéuticamente por la catarsis que favorece, la ampliación del insight, la interpretación del material liberado y los aspectos transferenciales propiciados. Los Drs. Oscar Ríos, Max Hernández, Moisés Lemlij y Federico León, del Perú, nos comunicaron sus esfuerzos por caracterizar clínico-psicológicamente el sindrome presentado por la administración de una poción de Ayahuasca (Cabi paraensis Ducke) principalmente las alteraciones perceptivas: fenómenos visuales ilusorios, paraidolias y pseudo alucinaciones de características especiales, en el curso de los cuales se producen complejas sinestesias susceptibles de organizarse temáticamente haciendo que el sujeto participe activamente y los trastornos neuro-vegetativos que son más severos que los originados por otros psicotóxicos. El Dr. Carlos Mariani, de Chile, trató de la selección de ocho plantas chilenas presuntamente psicoticomiméticas cuyas denominaciones vernaculares son: queule, minguye, quiscard, hued-hued, taique, tupa, miaya y latué. Los Drs. Santiago Castillejos y Francisco Matsumoto, de México, reportaron los resultados de la administración de un nuevo ataráxico, el T P N-12, en pacientes crónicos. El Dr. Jorge Luis Estrada, de México, igualmente dió cuenta de los resultados obtenidos en deficientes mentales con el empleo del Metilfenidato, destacando lo rápido y prolongado de sus beneficiosos efectos. Los Drs. Santiago Castillejos y María de los Angeles Espejel, de México, reportan los magníficos resultados obtenidos con el empleo de la Thioridazina en psicóticos agudos y crónicos.

Paralelamente, en el salón B, también se desarrollaron temas relacio-

nados con la Psicofarmacología, así los Drs. M. Berta, A. Duarte, J.P. Severino, H. Sivera y E. Gaspar, del Uruguay describen una nueva técnica denominada Psicólisis Dirigida y que consiste en una reverie hipnagógica inducida, activada por medio de psicodislépticos: 100 gamas de LSD ó 3 miligramos de Psilocibina, las sesiones se realizan cada quince días y son complementadas de etapas de reflexión-interpretación del material obtenido y entrenamiento de los nuevos hábitos adquiridos, remarcando su utilidad en los más diferentes cuadros psiquiátricos, particularmente personalidades psicopáticas, toxícomanías, neurosis de carácter, neurosis obsesivo-compulsivas y todas aquellas de difícil manejo psicoterápico o cuya evolución se haya detenido. El Dr. Mario Mendoza, de Honduras, se refirió a los buenos resultados obtenidos con el empleo del Hidroxifenamato a una dosis media de 600 mgr. en las reacciones de angustia, sobretodo cuando esta es desencadenada por enfermedades somáticas. Los Drs. Carlos Valedón y Mauro Villegas, de Venezuela, comentaron el estudio inédito del *Yopo,* una planta alucinógena venezolana, realizada por el Dr. Marcel Granier Doyeux, y cuyo tenor de Bufotenina y Dimetil tiptamina acondiciona la aparición de una fase de exaltación, alucionaciones muy vivas y en general un efecto estimulante y otra fase subsiguiente de inhibición, entorpecimiento, embriaguéz e hipnosis, acompañados de diversas manifestaciones neuro-vegetativas. Finalmente el Dr. Carlos Mariani, de Chile, relató su experiencia en el uso de drogas psicotomiméticas y destacó la posibilidad de facilitar la hipnosis profunda con el empleo de drogas o plantas de este tipo.

Concluidas las sesiones científicas, una mesa redonda en torno al Empleo de las Plantas y Drogas Aborígenes en Psicoterapia, permitió un fluído y franco intercambio de concepciones, experiencias y proyectos que fueron a nuestro entender lo más valioso y auténtico del día, pues de este modo se cumplió con largueza con la finalidad de este tipo de eventos científicos, es decir, la libre y sincera comunicación, el diálogo en su más alto sentido y el estrechamiento de vínculos afectivos. Entre los más señalados participantes recordamos a los Drs. Edgardo Rolla, Guillermo Vidal, Guillermo Martínez y Enrique Puccio, de la Argentina, Jesús Matta de Gregorio de Venezuela, Clovis Martins de Brasil, Ramón Sarró de España, Carlos González de Colombia, Agustín Carrizosa de Paraguay, Jorge Galeano y Ariel Duarte del Uruguay, José María Alvarado de Bolivia, Guillermo Calderón de México y Carlos Alberto Seguín, Rubén Ríos Carrasco y Oscar Ríos Reátegui del Perú; habiéndose logrado establecer que determinadas formas de psicoterapia son grandemente favorecidas por la admi-

nistración de drogas psicodislépticas, que aunque están en la fase de experimentación clínica, los resultados, muy halagueños según algunos autores, han permitido su aplicación en los más diversos cuadros, abriéndose de este modo un panorama de ingentes posibilidades para la aplicación de la enorme cantidad de plantas aborígenes poseedoras de acciones de este tipo y cuya investigación científica recién ha sido iniciada.

SEGUNDO TEMA OFICIAL

FOLKLORE PSIQUIATRICO LATINO AMERICANO

La reunión matinal de esta sesión, dedicada al folklore psiquiátrico latino-americano, tuvo como ponentes a los Drs. Federico Sal y Rosas, del Perú, y José María Alvarado, de Bolivia, el primero de los cuales nos presentó el panorama histórico de las concepciones populares de la epilepsia en los indígenas peruanos y un estudio, más bien de tipo antropológico, realizado desde 1956 mediante encuestas hechas en pobladores nativos de diversas regiones del país, en el que aparece la epilepsia como el prototipo de un grupo de afecciones caracterizadas por ataques y denominado *Sonco-Nanay* (dolor o enfermedad del corazón) y cuya etiopatogenia considera que: a) es la enfermedad de la muerte: *Huañuy-Oncoy,* b) es el mal del corazón: *Sonco-Nanay,* c) es originada por la pena: *Llaqui-Oncoy,* o d) es debida al viento de los muertos: *Aya-Huayra;* su diagnóstico y pronóstico se hacen por métodos mágicos como *la limpia del cuye y la Katipa,* mientras que los principales métodos de tratamiento son la piedra o *Sonko-Rumi,* la sangre y las carnes y las hierbas odoríferas, aparte de que sobre el origen y las causas de la epilepsia existen tres formaciones míticas: el corazón que es el centro del ser muere en el ataque o sea el *Mito del Sonko,* el viento mortífero que viene de la huaca donde yacen los antepasados, por haberse violado un tabú, enferma al hombre o *Mito del Huayra* y de los cerros que, al enojarse por la aflicción del hombre, lo castigan condenándolo a sufrir el mal. El Dr. Alvarado nos habló acerca del frondoso folklore indígena boliviano, en el que destacó las supersticiones y mitos relacionados con las enfermedades mentales, que él juzga como sistemas de ideas que constituyen la superestructura ideológica del colectivismo primitivo del incario en tránsito a la sociedad esclavista, muy semejante a la de otros pueblos distantes histórica y geográficamente y que no sólo se refiere a la doctrina o a la etiopatogenia, sino también al

diagnóstico y tratamiento. Aseverando, finalmente, que es digno de reflexión autocrítica el cuidadoso afronte del médico indígena ante el enfermo, su ausencia de prisa y la necesaria y fructífera dilación de los ceremoniales terapéuticos, como recurso aleccionador a nuestra labor a veces precipitada, constreñida y jadeante de médicos modernos, más súbditos de Fenicia que discípulos de las excelsas tradiciones de Cos y Salerno.

Esa tarde, en el salón A, el Dr. Isaac Brodsky, de la Argentina, presentó un estudio realizado en una comunidad de un viejo basural de Buenos Aires, en la que, ante situaciones conflictivas, sus habitantes reaccionan preferentemente con crisis de corte histérico; si se busca la correlación entre los niveles socio-culturales y los cuadros mentales, dice el autor, la teoría reflexológica al destacar la persistencia del primer sistema de señales como factor productor de este estereotipo dinámico, nos explica la aparición de la personalidad histeroide, que sin duda facilita la aparición de estos cuadros. El Dr. Guillermo Calderón, de México, nos presentó diversos y sorprendentes aspectos de la medicina azteca contenidos en el *Códice Badiano o Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis,* valiosísimo documento escrito en el siglo XVI, que es una recopilación de informes verbales de los conocimientos médicos aborígenes. Los Drs. Max Silva, Rosario Panéz de Silva, Raúl Morales y Teodoro del Pozo, del Perú, nos dieron cuenta de una investigación realizada mediante el método de la observación participante, es decir las consultas solicitadas por dos de ellos, un presunto enfermo mental y su acompañante, para detectar los procedimientos empleados por 42 curanderos; estos fueron similares para los diferentes cuadros simulados, aunque hay quienes emplean métodos y materiales estrictamente curanderiles mientras que otros también remedan los recursos médicos, los primeros utilizan en forma intuitiva la llamada sugestión armada, logrando a través de variados recursos comunicarse con el inconsciente del enfermo en un lenguaje arcaico y bajo leyes precategoriales que tocan núcleos mágico-religiosos. La Dra. Elia Izaguirre, del Perú, en 50 pacientes depresivos neuróticos, de procedencia indígena o mestizos característicos del medio socio-cultural peruano, estudió los modos arquetípicos de penitencia, habiendo encontrado que en el 60% la depresión giraba en torno al sentimiento de culpa con interpretaciones de referencia y daño, en el 30% el eje nuclear era la pérdida de objeto, en el 6% el sentimiento de minusvalía y en el 4% un superyó rígido. El Dr. Héctor Cornejo Mere, del Perú, exploró las motivaciones de los pacientes que acuden al curanderísmo, encontrando que todos ellos atravesaban por un proceso de transculturación, los que conservaban el primitivo concepto

mágico de la enfermedad de su núcleo cultural de origen, 30%, habían consultado al curandero en primera instancia, mientras que otro grupo en el que el proceso adaptativo estaba más avanzado pero sin embargo era incompleto e insuficiente, 68%, acudían por cualquier motivo subsidiario luego de consultar con el médico, es decir, que, si bien racionalmente ya habían asimilado las nuevas normas, emocionalmente aún mantenían las de su cultura original, por lo que cualquier frustación los hacía retroceder a su punto de vista mágico-religioso. Los Drs. Diego Capurro Robles y Carlos Lucero Kelly, de la Argentina, presentaron una visión panorámica de la nosografía y terapia psiquiátrica folklórica argentina, describiendo el *chavalongo* o *perturbo,* el *susto* y la correspondiente ceremonia de *descaicar,* que pretende atraer y reintegrar al dueño su espíritu, que yace cautivo en la tierra mitificada, y el empleo de los polvos alucinógenos de la piptadenia, conocida como *jataj.* El Dr. Pedro Aliaga, del Perú, describió sus observaciones acerca de la superstición y la medicina folklórica en la comarca andina de Huachac, destacando el temor al canto nocturno de la lechuza que presagia la muerte, al pájaro carpintero y al pájaro solitario portadores de la desgracia, a la culebra y al zorro que son animales de malaguero, lo mismo que a las mujeres que cruzan el camino y a los hombres de mal genio. El Dr. Fernando Pages Larraya, de la Argentina, nos hizo conocer la fiesta ritual del mito de la *Telesiada,* que permite revivenciar el misterio luminoso de una adolescente, loca peregrina de la selva santiagueña, que muere arrebatada por el fuego y resurge instaurada en la eternidad del mito. El Dr. Luis Winstein de Chile, nos presentó los aspectos culturales más interesantes del alcoholismo en su patria.

En el salón B, igualmente se presentaron trabajos de sobresaliente calidad y que fueron ampliamente comentados, así, en el primero de ellos, el Dr. Carlos Mariani Ramírez, de Chile, se ocupó del alcoholismo y los giros folklóricos chilenos; para lo cual ha seleccionado un conjunto de expresiones comunmente utilizadas por los alcoholistas chilenos sistematizándolas en un glosario que abarca doce rubros: bebidas, garrafas y vasos, comidas, fiestas, invitaciones a beber y brindis, clasificación de los vinos, designaciones divertidas o irrespetuosas que tiene el vino, designaciones que se le otorgan a los alcoholicos, estados de embriaguéz, tipos de cura, designaciones del acto de vomitar y expresiones varias; enfatizando el paralelismo entre dichas expresiones y los factores etiológicos de orden psicológico y sociológico, así como el carácter eminentemente social del proceso alcoholico, algunos de cuyos aspectos son ampliamente discutidos. El Dr. Sergio Zapata, del Perú, luego de esbozar una clasificación de los

sindromes psiquiátricos-culturales del Perú, describe el *sindrome del desgaste, la debilidad y el perjuicio,* que es mezcla de ansiedad, depresión, neurosis vegetativa, actitud quejumbrosa y demanda de elementos restitutivos físicos: tónicos, inyecciones y vitaminas y psíquicos: protección, dependencia y firmeza, que se desarrolla por la incorporación de sustancias reputadas nocivas oral o parenteralmente, intervenciones quirúrgicas o elementos de la naturaleza; lo cual según el autor debe ser comprendido como el resultado de fallas socio-económicas y culturales. El Dr. Carlos Neuenschwander, del Perú, luego de bosquejar los rasgos caracterológicos del habitante peruano, destaca la necesidad de emprender un estudio serio y sistemático de los caracteres psicológicos de esta heterogénea población a fin de interpretar mejor el significado de sus síntomas, su origen y su trascendencia. Los Drs. José Alva y Enrique Ghersi, del Perú, partiendo de la premisa de que la caracterología popular cumple a plenitud las funciones expresivo-catártica y vocativo-sodálica, donde la emoción y nó el intelecto juega un papel importante; presentan valientemente una clasificación en 18 grupos de expresiones populares, la mayor parte de ellas reprobadas por la sociedad como malas palabras por expresar abiertamente agresividad o sexualidad con un alto tenor emocional, que individualizan un idéntico número de tipos psicológicos, graficando de este modo la sutil penetración y la intuitiva sapiencia del pueblo. El Dr. Carlos Mariani Ramírez, de Chile, nos informa de los diferentes rituales y ceremonias mágico-religiosas de los *Mapuches*: *el rehuentun, el ñeicurehuen, el nguillatun* y *el machitun,* similares a los de otras culturas aborígenes, analiza el trance auto y hetero hipnótico de esta última ceremonia, que pretende el diagnóstico de la enfermedad y su curación mágica. El Dr. Carlos Pacheco e Silva (hijo), del Brasil, presentó una visión panorámica de los aspectos psico-sociales de Sao Paulo, subrayando el sentimiento de soledad y desamparo del hombre frente a los múltiples problemas de una urbe en gigantesco crecimiento y su frecuente desajuste manifiesto en trastornos psicológicos individuales y de grupo. El Dr. Carlos Añazgo, del Perú, nos informó acerca de una encuesta realizada en la provincia de Tarma para detectar el indice de morbilidad psiquiátrica en los diferentes caseríos de dicha circunscripción, destacando el hecho de que en algunas, como en Ochonga no se había conocido nunca un enfermo mental, mientras que en otras, como Tapo se había alcanzado una cifra muy alta, siendo de ese origen la mayor parte de los enfermos mentales de la provincia, lo cual estaría en relación con el hecho de que durante la Colonia sirvió de sitio de reclusión para los delincuentes. El Dr. Humberto Ros-

selli, de Colombia, se refirió a la medicina aborígen de su país, que incluía la mágico-chamánica, la sacerdotal y la botánica en grado rudimentario; atribuyéndose la enfermedad al robo del alma o a la introducción de un cuerpo extraño y perturbador; describe las formas de chamanismo entre los indios *paeces, catíos, guajiros* y *chiochas,* la castración clitoridiana ritual de los *paniches* y el sacrificio de los primogénitos de los *guayupes.*

Por la noche se reunieron tres mesas redondas con diferentes temas y que contaron con numerosos participantes e interesantísimas discusiones, la primera, que versó sobre Patología Psiquiátrica Regional, tuvo como principales animadores a los Drs. Gregorio Bermann, Sylvia Bermann y Guillermo Vidal de la Argentina, Ramón Sarró de España, Jean Vellard de Francia, José María Alvarado de Bolivia, René González Uzcátegui y Dionisio Nieto de México, Abel Sánchez Pelaéz de Venezuela, Carlos Gonzáles de Colombia, Agustín Carrizosa de Paraguay, Carlos Mariani y Luis Weinstein de Chile y Daniel Murguía del Uruguay; habiéndose llegado al acuerdo de que los estudios epidemiológicos por lo difíciles, largos y complicados no son recomendables, sino más bien la investigación de la naturaleza de los problemas y sus características, debiendo frenarse el excesivo interés en los aspectos teóricos y académicos, y estimularse el enfrentamiento de los problemas reales de la asistencia psiquiátrica, aplicando métodos útiles y adecuados a nuestras posibilidades y, finalmente, la necesidad de buscar un mayor intercambio con el fin de uniformar criterios y realizar estudios comparativos. La segunda mesa redonda estuvo dedicada a ventilar los problemas del Curanderísmo en la Ciudad y el Campo y contó con la participación de los Drs. Max Silva, Rosario Panéz de Silva, Luis Navarro, Aurea Alcalde, Raúl Morales Soto, Teodoro del Pozo y Walter Sheen, todos ellos del Perú, habiendo logrado diferenciar los distintos tipos de curanderos de la ciudad y el campo y sus diversos procedimientos, la importancia de la relación curandero-paciente y su vocación médica, para concluir recomendando se emprendan estudios sistemáticos acerca de los diferentes aspectos de estas prácticas. La tercera mesa redonda, que contó con una mayor concurrencia y las apasionadas intervenciones en torno de un tema de polémica, como es el de Psicoterapia y Curanderismo, tuvo un perfil vívido y esclarecedor, participaron en él los Drs. Edgardo Rolla, Guillermo Martínez y Enrique Puccio de la Argentina, Clovis Martins y Antonio Pacheco e Silva del Brasil, Abraham Gemnis, Ariel Duarte y Daniel Murguía del Uruguay, Santiago Castillejos y Guillermo Calderón de México y Carlos Alberto Seguín, Rubén Ríos Carrasco, Moisés Lemlij, Héctor Cornejo y Luis Pesche del Perú;

habiéndose en primer término, logrado diferenciar el curandero del charlatán, del brujo, del conductor religioso y del mago, se exploraron las causas del curanderísmo y de su supervivencia inclusive en centros de cultura avanzada, sus diferentes modalidades y su relación con las técnicas de la medicina moderna, particularmente en cuanto al empleo de mecanismos psicológicos para influir en la evolución de los síntomas; al respecto se vertieron dos conceptos: si la psicoterapia es un tipo de interrelación humana y el curandero hace uso de ésta aunque sea sin saberlo, es que está haciendo psicoterapia; más si la psicoterapia es una técnica y un propósito concientes, el curanderismo al acercarse a ella intuitivamente no la esta realizando en su plenitud.

TERCER TEMA OFICIAL

DINAMICA DE GRUPO

Esta reunión plenaria estuvo dedicada al tema de Dinámica de Grupo, que, como bien sabemos, ha cobrado últimamente extraordinaria importancia a tal punto de que acaba de realizarse un Congreso Mundial en Londres y son numerosos los eventos acerca de la psicoterapia de grupo que se han llevado a cabo durante el presente año y que se están gestando para el próximo, las publicaciones se suceden y en Latino América existen activos grupos dedicados a su estudio y que, inclusive, han creado novedosas técnicas e insospechables aplicaciones, esto particularmente en la Argentina; por ello, tres de sus exponentes más representativos los Drs. Ricardo Etchegoyen, Edgardo Rolla y Josefina M. de Rolla, tuvieron a su cargo la presentación oficial, el primero de los nombrados se refirió en una perspectiva metodológica a los diversos tipos de Grupo Operativos: de formación, de entrenamiento, de experimentación, etc; poniendo énfasis en los de finalidad docente y modalidad operativa, en los que posee mayor experiencia, indicando que estos grupos se van liberando de los fines de la psicoterapia, acercándose a ellos tan sólo en la utilización de los instrumentos psicoterapéuticos, constituyendo su principal valor el hecho de que el líder, que cumple una función democrática, no ceda a las espectativas grupales que tratan de hacerlo cambiar de rol, particularmente en el sentido de convertirlo en maestro o psicoterapeuta, la verbalización subsecuente se acompaña de una verdadera dramatización del tema o la tarea en estudio, de este modo, lo meramente formal se incorpora a la ex-

periencia a través de los roles personificados, lo cual se hace más explícito con la verbalización de las defensas y contenidos y permite una clara conceptualización que es de singular valor en el aprendizaje; la teoría y la técnica empleadas se basan en conceptos dinámicos y estructurales del psicoanálisis, teniendo presente particularmente las contribuciones de Freud, Mead, Klein, Fairbairn, Lewis, Piaget y Bion. Los Drs. Rolla, luego de un extenso introito en que se examinó la necesidad de comunicarse del ser humano, los procesos dinámicos que lo determinan, la noción de límites, el par dialéctico básico: adentro y afuera, el destino de un circuito cerrado, las partes de la mismidad y su evolución no acompasada que conforman una personalidad adulta con ciertas imperfecciones que determinan los diversos sistemas caracterológicos; se refirieron al valor de las señales verbales y no verbales en la dinámica grupal, destacando el hecho de que, en la situación grupal, el sujeto necesariamente debe disociarse para atender a los varios objetos externos, produciéndose gran ansiedad por la pérdida de información, la desatención de los elementos asincrónicos propios y la tentativa de fuga fóbica o retorno a la situación inter-personal; la tarea individual dentro del grupo es la de observar y recodificar la caracterología de los otros, a través de la lectura de las señales no verbales que están básicamente relacionadas con las partes asincrónicas de cada personalidad.

Como estaba programado, por la tarde se desarrollaron dos sesiones científicas, en la que se llevó a cabo en el salón A se presentaron los trabajos referentes a una nueva modalidad del empleo de las técnicas de la psicoterapia de grupo en la enseñanza y la maduración, innovación experimental del equipo de psiquiatras que laboran en el Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, las palabras iniciales a cargo del Dr. Carlos Alberto Seguín, Director de dicho Departamento, definieron la doctrina, la técnica y las características de los Grupos de Trabajo destacando el hecho de que estaban conformados por diez alumnos tomados en orden alfabético, procurando que siempre haya miembros femeninos, que se reunían una vez por semana con un líder y un observador no participante durante todo el año lectivo, debiendo, en principio continuar los cinco años de la carrera médica; así mismo puso énfasis en la actitud del líder, que no enseña ni cura, sino propicia la integración del grupo y la percepción de la dinámica grupal con un absoluto respeto a la libertad humana, ajeno a todo afán de imponer teoría alguna o de tratar de manejar el grupo, finalmente puntualizó que los trabajos que

se presentaron a continuación reflejaban las investigaciones subsidiarias, propias del espíritu científico tendiente a registrar y analizar los hechos, más no un propósito específico de los Grupos de Trabajo. A continuación los Drs. Roberto Villalón y José Alva presentaron el estudio comparativo de dos Grupos de Trabajo de un mismo año, uno de los cuales logró los objetivos propuestos y el otro nó, analizan los factores externos e internos en ambos casos, concluyendo de que la integración del grupo se vé favorecida cuando se trata de alumnos que se conocen con anterioridad, cuyas reuniones se realizan regularmente en un horario adecuado, grupos en que existen sublíderes activos y de tendencia integradora, cuyo nivel de hostilidad intragrupal es bajo, se mantiene una progresiva motivación y la capacidad de evolución y superación es marcado y que, por otra parte, la figura de líder sea aceptante y tenga la motivación necesaria; el estancamiento en fases iniciales o su deterioro, indican, al juicio de los ponentes, una reestructuración del grupo. Los mismos autores, en otro trabajo, examinan los factores que generan una serie de reacciones negativas de resistencia como el silencio, las intelectualizaciones, el ausentismo, etc. que configuran la situación grupal que es vivenciada por los estudiantes como amenazante; destacando entre dichos factores el hecho de que los grupos sean obligatorios y cerrados, la actitud no directiva del líder, la presencia del observador y las tensiones propias del análisis de la interacción grupal. Finalmente, en otra comunicación, los autores mencionados, analizan la interacción hombres-mujeres en cuatro grupos, encontrando de que las actitudes competitivas de las mujeres condicionan en los hombres inseguridad y hostilidad, actualizándose el conflicto frente a la mujer deseada, mientras que cuando la mujer es pasiva y sumisa suscita en los hombres sentimientos de seguridad y confianza. La Dra. Elía Izaguirre, del Perú, presentó en esta sesión dos trabajos, en el primero estudia un grupo en su segundo año de experiencia y primera fase de desarrollo llegando a la conclusión de que, en su pasaje por diferentes momentos dinámicos, la dependencia se halla en un primer nivel, ésta, en el proceso de regresión, se hace neurótica paulatinamente y rebela una conflictiva inconsciente más profunda nacida en el sentimiento fundamental de inseguridad, similar a lo experimentado por el niño, y que, al ser frustrada, suscita la emergencia de la agresión que pasa por diferentes etapas, desde la utilización de mecanismos normales hasta los esquizo-paranoides y sentimientos mágicos de omnipotencia y destrucción a un nivel de fantasía mágico-infantil, dándose subsecuentemente sentimientos de culpa depresiva que juegan un rol importante en

la integración grupal. Su siguiente trabajo versó acerca de los líderes en el grupo de trabajo, debemos puntualizar que se refiere a los líderes funcionales emergentes y nó a los formales que mencionamos al inició de la sesión; entre ellos distingue los líderes identificados con la autoridad, los integrados y los eventuales, de los que describe sus características. Luego, ei Dr. Rubén Ríos Carrasco, sin buscar un ordenamiento clasificatorio ni un análisis en profundidad, presentó una serie de ejemplos de la riquísima y permanente comunicación no verbal en las diadas Observador-Líder y Observador-Grupo que justifican la tesis de que el observador, pese a su aparente neutralidad y su no intervención verbal, no puede sustraerse a la situación grupal ni al interjuego de emociones y vivencias que en ella se dan, asumiendo de este modo la responsabilidad y el rol de un muy activo pero silencioso participante. El Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira desarrolló el análisis de los silencios ocurridos en dos grupos de diferente año, los clasifica de acuerdo a las circunstancias en que se han producido, discute su valor y significado, adscribiendolos a un mecanismo grupal de defensa frente a cierto nivel particular de angustia, tensión o culpa, por último, describe las formas como el grupo supera estos silencios.

En la sesión paralela los Drs. Roberto Kertesz y Héctor Marchionni, de la Argentina, comunicaron su experiencia en psicoterapia de grupo, en un grupo de ocho pacientes psicóticos de ambos sexos con los que tuvieron reuniones semanales durante tres meses, estimando que las conclusiones no pueden ser definitivas por la brevedad de la experiencia y recomendando la utilización simultánea de psicofármacos con el objeto de prevenir las profundas e intensas reacciones emocionales que se movilizan. El Dr. Guillermo Sánchez Medina, de Colombia, planteó una nueva modalidad de psicoterapia de grupo, consistente en la dramatización espontánea de los conflictos en forma similar a lo que sucede en un proceso judicial, por lo que lo denomina Psicojuicio, en el cual todos los participantes deben pasar rotatoria y repititivamente por los diferentes roles del proceso, favoreciendo de este modo una participación más directa en la que pueda proyectarse fácilmente las instancias de la personalidad y los objetos internalizados, resolver las resistencias caracterológicas y analizar las motivaciones inconscientes, sin embargo aún faltan por resolverse algunas dificultades de orden técnico. El Dr. Juan Chans Caviglia, del Uruguay, refirió su experiencia en un grupo de alcoholistas a los que previamente se ha hecho un tratamiento de desintoxicación, la consolidación del tratamiento se expresa en una activa participación

dentro y fuera del grupo, que indica su transformación en un miembro de los Alcohólicos Anónimos, con todos sus característicos deseos de cooperar, entendido su problema y convencido de la necesidad de la abstinencia. El Dr. Max Hernández, del Perú, presentó los datos de una experiencia muy interesante, consistente en que el autor fué internado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, simulando sintomatología neurótica y fué sometido a un régimen similar al de los demás pacientes, sólo conocían de su identidad algunos médicos del Servicio, pudiendo así registrar los detalles referentes a las situaciones grupales ocurridas; en cuanto a los aspectos estructurales afirmó que se trata de un grupo primario especializado, cuya cohesión es esencialmente psicológica, se rige por normas de dependencia y la jerarquización se hace en la distinción de dos subgrupos: *Criollos y Afuerinos,* siendo el prestigio la principal dimensión del status de los pacientes dentro del grupo, alcanzando algunos roles individuales cierto grado de funcionalidad; los aspectos dinámicos nos muestran la delimitación de un campo de seguridad mediante pruebas y tanteos, sirviendo el grupo de amortiguador de la angustia individual; finalmente el autor aboga por la conveniencia de objetivar este tipo de observación mediante esquemas de registro y la posibilidad de complementarlos mediante la aplicación de métodos que faciliten un estudio exhaustivo de cada uno de los aspectos tratados. Los Drs. Humberto Napurí, Francisco Vásquez, Mauro Beas, Derman Villacorta y Yolanda la Torre, del Perú, presentaron dos sesiones de un grupo de delincuentes juveniles en los que se advierten diversos aspectos de su dinámica, especialmente el de la situación inicial donde la suspicacia, la desconfianza y el recelo llegan al máximo, y donde el grupo somete a prueba al líder y los observadores, llegando incluso un miembro a abandonar definitivamente el grupo; la otra corresponde a una etapa en que el sentimiento grupal induce a los miembros a integrarse espontáneamente por medio del canto, el chiste y el baile, predominando el sentimiento del nosotros. El Dr. Adrián Quiróz, de México, esbozó los lineamientos generales de la Psiquiatría y la Psicología Industriales para concluir recomendando la utilización del mejor modo posible las capacidades psicológicas potenciales mediante los llamados Balances de Capital Humano.

ELECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Horas más tarde, en un armonioso y fraterno ambiente, se llevaron a cabo reuniones de carácter institucional en el seno de cada delegación con el objeto de fijar la orientación de las actividades de la Asociación y de elegir sus nuevos dirigentes, estas reuniones, que prosiguieron en los días siguientes, dieron como resultado la elección de la ciudad de Buenos Aires como la sede del próximo Congreso a llevarse a cabo en 1966 y la conformación de la nueva Junta Directiva, del modo siguiente: Presidente: Dr. Guillermo Dávila de México; Vice-Presidente: Dr. Gregorio Bermann de la Argentina; Secretario General: Dr. Carlos Lucero Kelly de la Argentina; Tesorero: Dr. Humberto Roselli de Colombia; Vocales: Drs. Clovis Martins del Brasil, José Angel Bustamante de Cuba y Humberto Rotondo del Perú; Ex-Presidente: Dr. Carlos Alberto Seguín del Perú.

SESION EXTRAORDINARIA

En la tan esperada mañana del jueves 29 se realizó la Sesión Extraordinaria que contó con la participación de los invitados especiales Drs. Jean Vellard, de Francia, y Pedro Laín Entralgo, de España, el primero de los cuales se ocupó, en una amplia y documentada exposición, de los conceptos fundamentales de la medicina indígena sudamericana, empezó citando las dificultades para llegar a descubrir sus creencias y prácticas rituales, para comprender y captar la riqueza semántica de sus expresiones, para adquirir sus razonamientos, en cierto sentido paralógico y a veces para nosotros francamente contradictorios y el difícil acceso a las fuentes primitivas de la tradición y de los escasos documentos prehispánicos; luego delineó la evolución del arte de curar en nuestros indios, su inicialmente íntima relación con la religión y la magia en las diferentes tribus, sus métodos y nociones terapéuticas y quirúrgicas, destacó las características de la personalidad del médico indígena, las formas cómo adquiere la fuerza mágica que le permite curar, la mitología y las creencias al respecto en las diversas regiones y las diferentes modalidades que adopta: sacerdote, adivino, brujo, curandero, chamán y consejero; discurrió acerca de las dos corrientes filosóficas que predominan en la medicina mágica, la que sostiene que la causa de la enfermedad es la pérdida o el robo de una parte del ser, particularmente del alma,

y la que la atribuye a la penetración de un objeto visible o invisible dentro del organismo, haciendo, para la mayor comprensión de esto, un desarrollo de los conceptos aborígenes del ser y los numerosos mitos espaciales de la existencia de varias almas; finalmente describe brillantemente las características de la medicina empírica que inicia el empleo habitual de drogas, aunque sus conceptos básicos son idénticos, siendo sus orientaciones fundamentales: la medicina por analogía o persuasión y la medicina por los contrarios o por la fuerza y la importancia de la palabra, el canto y la música; todo lo cual comprueba que los métodos de curar de nuestros indios deriva de conceptos muy antiguos y generalizados, análogos a los que guiaron, en sus inicios, al desarrollo de nuestra medicina moderna.

La sapiencia y la maravillosa oratoria del Ex-Rector de la Universidad de Madrid, Dr. Pedro Laín Entralgo, nos extasiaron a lo largo de la exposición de un tema complejo y de fundamental y profunda importancia como es la comunicación entre el médico y el enfermo, para abordarlo, el autor planteó la situación concreta del encuentro entre el médico y el paciente, individuos que piensan, sienten y se expresan y que establecen entre ellos un vínculo, que de la manera más simple y neutra puede denominarse comunicación, esta tiene como vías la mirada, la palabra, la exploración manual, la exploración instrumental y las diversas técnicas psicoterapéuticas; y es, ante todo, una comunicación interhumana, que puede ser hecha, de acuerdo con Scheler, de modo objetivante o de modo co-ejecutivo o interpersonal, el ponente, llegado a este punto, hizo un lúcido análisis de la objetivación, su esencia, sus formas y características, concluyendo de que pese a que es una comunicación científica, lógica, técnica, operacional no permite la relación con la singular e intransferible persona del otro; porque "mi objetivo no es el objeto del otro" si bien la realidad puede ser la misma su trasunto objetual no lo es, siendo la identidad de los objetos pura abstracción; sin embargo, en la relación médico-enfermo se realiza la comunicación objetivante en cuanto objeto contemplativo y objeto manipulador, objeto somático y objeto psíquico, objeto de figuras estáticas y de figuras procesadas y estructurada en lo que el médico quiere decir y de lo que el paciente percibe o adivina, aunque es insuficiente, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, cuando el enfermo no puede hacer por sí mismo su vida; en estos casos, el médico es creador de nueva vida y ha de procurarle instrumentos somáticos y psíquicos para realizarla y ha de enseñarle a utilizarlos; todo esto exige un nuevo modo de

ejecución, que es la co-ejecución; el autor también se refirió a la esencia de esta, sus formas y sus características, destacando la imprescindible donación amorosa de la intimidad, del propio ser; viéndose, la comunicación co-ejecutiva en la relación médico-paciente en sus más diferentes modalidades, particularmente en la relación diadora y de grupo, en los fenómenos de comprehensión, creencia e interpretación, siendo todas ellas resultantes de una actitud amorosa básica.

Antes de levantarse esta inolvidable sesión el Dr. Gregorio Bermann rindió un sentido homenaje a la memoria del notable psiquiatra español Profesor Dr. Emilio Mira y López.

Por la tarde y de modo informal se realizó una interesantísima mesa redonda, teniendo como tema la Psicoterapia de Grupo y contando con la participación de los Drs. Ramón Sarró de España, Ricardo Etchegoyen y Guillermo Vidal de la Argentina, Carlos Mariani de Chile, Jorge Galeano del Uruguay, y Carlos Alberto Seguín, Rubén Ríos Carrasco, José Alva y Humberto Napurí del Perú; quienes reportaron sus experiencias con diferentes tipos de grupos, discutiéndose sus técnicas y los mecanismos de interacción grupal, se puso particular énfasis en la introyección, la desdiferenciación de los límites individuales y el incesante intercambio que va condicionando cambios estructurales y actitudinales en cada instante.

SESION CONJUNTA

Ya entrada la noche se dió inicio a la Solemne Sesión Conjunta de la Asociación Psiquiátrica Peruana y la Sociedad de Neuro-Psiquiatría, entidades que por primera vez aunaron esfuerzos en honor de tan magno evento y en homenaje a tan ilustres visitantes, con las palabras del Dr. Gino Costa quien, luego de un cordial saludo a los congresistas, hizo una reseña del significado de la casa de la Cultura, en que se desarrolló el acto; el Dr. Mariano Querol se refirió a el pasado y el futuro de la psiquiatría peruana, en una versión panorámica amplia y conceptuosa; el Dr. Humberto Rotondo subrayó la importancia del diálogo y el entendimiento, la trascendental importancia del Congreso y el sentido de este homenaje, para concluir delineando las perspectivas actuales de la psiquiatría peruana; luego el Dr. Raúl Jerí se refirió al significado de la APAL e hizo una reseña de su historia, finalizando el acto con la entrega de diplomas a los miembros honorarios designados por ambas instituciones.

CUARTO TEMA OFICIAL

PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL EMBARAZO Y EL PARTO

Esta cuarta sesión, constituyó una reunión conjunta de la asociación Psiquiátrica Latino-Americana y la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia, en la que tomaron parte destacados miembros de ambas instituciones, el primero de ellos fué el Dr. Jorge Galeano Muñoz, del Uruguay, quien al abordar el tema propuesto, expuso una nueva hipótesis para explicar dicha psicología y psicopatología; el autor niega de que se trate de un problema genital derivado de la posesión del pene, como el psicoanálisis propugna, sino del núcleo psicológico de objetos semidestruídos o muerto-vivo que, durante el embarazo, incrementa las fantasías de destrucción interna y la necesidad de controlarse para poder tener un hijo normal y no semidestruído; por ello la sociedad adopta un trato especial y cuidadoso para con la futura madre, al igual que el esposo que, a su vez, teme dañarlo y reactiva antiguas situaciones conflictivas. Acto seguido el Dr. Manuel González del Riego, del Perú, abogó por una formación psicosomática del Ginecólogo y Obstetra que le permita estudiar la personalidad de la gestante para poder hacer un enfrentamiento integral de su sintomatología en los distintos períodos del embarazo y el parto. El Dr. Félix Pérez Retes del Perú, se refirió a la sintomatología psicológica más frecuentemente observada durante el parto y las relaciones advertidas entre los partos distócicos y ciertos trastornos psíquicos. El Dr. Abraham Ludmir, del Perú, enfatizó la necesidad de prevenir los problemas emocionales teniendo presente la actitud de la paciente frente a su embarazo, su parto y su puerperio y adoptando un comportamiento atinado, afectuoso y comprensivo; debiendo, en algunos casos, contar con la valiosa cooperación del Psiquiatra para su atención exitosa. El Dr. Ramírez Zapata, del Perú, hizo incapié en los factores circunstanciales del embarazo, no es lo mismo, dijo, el embarazo de una madre con un hogar estabilizado, que el de la madre soltera, la madre abandonada o la madre añosa; así mismo se refirió a los factores socioeconómicos y las reacciones favorables o desfavorables que el nuevo ser va desencadenar en la gestante y que, evidentemente, influirán en todo el proceso de la maternidad; proponiendo, finalmente, una serie de recomendaciones tendientes a mejorar el quehacer obstétrico.

Por la tarde sólo se llevó a cabo una sesión científica en la que fueron

presentados importantes trabajos, los Drs. Felipe Iannacone y Dora Van Ordt de Titinger, del Perú, quienes mediante encuestas investigaron los problemas psicológicos que suscita el uso de los anticonceptivos en la mujer peruana, llegando a comprobar que existe una gran preocupación frente al control de la natalidad, que el uso de anticonceptivos condiciona reacciones psicosexuales, afectivas, agresivas, mecanismos de defensa y aún ideas mágico-culturales; los errores en su manejo y el rechazo inconsciente determinan fallas en el método que se manifiesta como angustia, depresión, irritabilidad, hostilidad, etc.; por ello todo programa de planificación familar debe tener presente todas las actitudes, creencias, prejuicios e ideas al respecto. El Dr. Samoel Soihet, del Perú, presentó el estudio de 33 pacientes con aborto habitual psicosomático, en las que un tratamiento sensatamente conducido obtuvo un 80% de éxitos, proponiendo un puntilloso estudio de la paciente y su cónyuge y una terapia en la que además de las medidas convencionales se procure soporte moral, fé, confianza, cuidado y cariño. Los Drs. Daniel Murgía, E. Gaspar y H. Puppo Tonriz, del Uruguay, estudiaron mediante entrevistas clínicas, tets y encuestas socio-económicas y culturales, 50 mujeres en el curso del embarazo y del puerperio, los que destacaron elementos hipocondriacos, expresiones de temor por la estabilidad del hogar y requerimientos exagerados de sobreprotección, que señalan la posibilidad de una causa multifactorial de los desajustes psicopatológicos. El Dr. Carlos Mariani, de Chile, expresó que su experiencia en la utilización de la Hipnosis en el parto sin dolor y la anestesia, permite deducir que la analgesia hipnótica hace desaparecer la mímica y las oscilaciones irregulares del ritmo respiratorio propios del dolor, reduce las oscilaciones del pulso y en un 20% la respuesta galvánica de la piel y que, en el estado hipnótico profundo inducido por la modalidad estabilizadora, se dan espontáneamente, sin sugestión directa alguna, los siguientes fenómenos intrínsecos: analgesia o anestesia, amnesia absoluta, hemostasia capilar, supresión de la secreción salivar y regularización de la contractilidad uterina. El Dr. Fernando Samanéz Concha, del Perú, se refirió al embarazo como situación existencial para lo cual esbozó las premisas en que se asienta la corriente existencialista de la psiquiatría y las interpretaciones que propone acerca de la situación del embarazo, concluyendo de que el análisis existencial nos facilita la comprensión antropológica y fenomenológica a la vez que facilita la plausibilidad de la acción psicoterapéutica. El Dr. Pedro Tellez Carrasco, de Venezuela, planteó la tesis de que la pica o malasia era una perversión del gusto condicionada por una de-

terminada situación histórica y debida a una perturbación del estado de ánimo gana, que es un destacado ingrediente del estrato vital y que, en la actualidad, los trastornos psicosomáticos de la embarazada se presentan bajo el cuadro de la hiperemesis, dolencia vinculada a otro estado de ánimo, la naúsea. Los Drs. Mateo Alonso y Judith R. de Izquierdo, de Venezuela, reportaron el estado de la psicoprofiláxis del parto en su país, que está encomendado en gran parte a Enfermeras especializadas mediante un curso que dura un año, aseverando que le confieren gran importancia porque han comprobado, con más del 90% de certeza, que la cooperación materna influye decisivamente sobre el tipo de parto en forma positiva incrementando las posibilidades de un parto eutócico, esta cooperación es influída por la actitud psicológica frente al embarazo y el parto y puede ser modificada favorablemente por medio del adiestramiento psicoprofiláctico; así mismo han observado que a mejor situación económica menos probabilidades hay de distocia y que no existe correlación entre la gestación y el tipo de parto. Los Drs. Sergio Zapata y Elía Izaguirre, del Perú, nos comunicaron que una primera aproximación fenomenológica sobre un conjunto de cien mitos y leyendas indoamericanas tomados como muestra por estar relacionados con la fecundación y el nacimiento de los seres humanos, ha permitido reunir los mecanismos básicos identificados en tres grupos: fecundación por mecanismos orales, por mecanismos con simbolización fálica y por mecanismos genitales, asistiendo además un grupo mixto en que coexisten dichos mecanismos; a juicio de los autores, persisten en la mente del hombre actual vestigios de estas concepciones por más que los conocimientos científicos parezcan habernos liberado del pensamiento mágico y simbólico.

Luego de un pequeño descanso se reunieron tres mesas redondas, la primera tuvo como tema el Aborto Habitual y contó con la intervención de los profesionales peruanos Drs. Mariano Bedoya, Carlos Saavedra, Manuel Gonzáles, Samoel Soihet, Luis Cervantes, Oscar Ríos y Roberto Villalón, quienes discutieron acerca de los métodos de diagnóstico, la anatomía patológica y las medidas terapéuticas a emplearse en los casos de aborto habitual. La segunda tuvo como participantes a los Drs. Silvya Bermann de la Argentina, Jorge Galeano, Daniel Murguía y Abraham Gemnis del Uruguay, Luis Wenstein de Chile, Emilio Majluf, Niza Chiock de Majluf, Rubén Ríos Carrasco, Alfredo Flores Cruz y Dora Van Ordt del Perú, quienes iniciaron la discusión del tema: El Embarazo no Deseado tratando de fijar sus límites, en este sentido pese a la pertinacia de algunos congresistas de que debía enfrentarse el pro-

blema exclusivamente desde el punto de vista psicológico, es decir de la ineludible problematica de un embarazo que no se desea, independientemente de la condición civil o social de la gestante; predominó la tendencia a abordar los aspectos sanitarios y psicosociales particulares de la madre soltera, equivocando de este modo, a nuestro parecer, el cometido de la reunión; luego de emotivas intervenciones se arribó a la conclusión de que, dado el serio problema sanitario y social que significa la alta incidencia de casos de mujeres solteras grávidas en latino-américa, se recomienda promover el estudio de la psicología y psicopatología de la mujer en esta condición, con consideración de su circunstancia económica y socio-cultural; considerando en forma individual las posibles soluciones, en especial de la menor que ha sido objeto de ataque sexual, y promover la atención psiquiátrica y de higiene mental de la madre soltera grávida y del hijo ilegítimo. La tercera Mesa Redonda versó sobre el Parto sin Dolor, habiendo contado con las intervenciones de los Drs. Isaac Brodsky de la Argentina, Dionisio Nieto y Santiago Castillejos de México, Alberto Mateo Alonso y José Vals de Venezuela y Félix Pérez y Francisco Vásquez del Perú, se examinaron los diferentes métodos empleados para el efecto, confrontaron sus experiencias y llegaron al acuerdo de que el método psico-profiláctico puede evitar el empleo de analgésicos y otras drogas y facilita los mecanismos del parto, que su aplicación ofrece dificultades que es menester obviarlas por medio de la educación del público y la especializada instrucción de los profesionales.

REUNION DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA INDUSTRIALES

Esa misma noche se reunieron un grupo de psiquiatras y psicólogos de los diferentes países latino-americanos con el fin de constituir un organismo encargado de promover el intercambio de información y experiencia profesional y docente en el campo de la Psicología y Psiquiatría Industriales, habiendo llegado a una serie de acuerdos y la constitución de la Comisión Latino-americana de Información de Psicología y Psiquiatría Industriales, conformada por los Drs. Roberto Kertesz de la Argentina, Alvaro López Pardo de Colombia, Adrián Quiróz de México, Arnaldo Cano del Perú, Juan Carlos Chans Caviglia del Uruguay y Alberto Mateo Alonso de Venezuela.

QUINTO TEMA OFICIAL

ESTADO ACTUAL DE LA PSIQUIATRIA EN EL PERU

El sábado 31 de Octubre se realizó la Quinta y última Sesión Plenaria dedicada a examinar los aspectos más importantes referentes al estado actual de la psiquiatría en el Perú, el primer ponente, Dr. Oscar Valdivia Ponce, luego de documentada y sustantiva exposición, señaló algunos hitos imprescindibles en la enseñanza de la medicina, que debe tener como principal objetivo, según el autor, la preparación con criterio totalista y ético-humanista, desde que el médico es el depositario de todas las inquietudes y temores del paciente y es también el guardador de sus secretos y sentimientos, por ello los requisitos para los que aspiran dedicarse a la enseñanza deben ser estrictos y deshechar todo merecimiento no docente; para ser maestro se requiere condiciones indispensables de vocación, sentir la necesidad impostergable de trasmitir conocimientos con una profunda comunicación afectiva, ser un perito en el manejo de las relaciones interpersonales, poseer la suficiente madurez emocional que acredite la solución de sus problemas intrapsíquicos y sociales y permanecer lejos de todo sentimiento de omnipotencia, omnisapiencia o infalibilidad, al concluir hizo una invocación en el sentido de perfeccionar la armoniosa coordinación que debe existir en las Facultades de Medicina para un mejor logro de sus propósitos. El Dr. Javier Mariátegui al referirse al panorama de la Investigación Psiquiátrica en el Perú subrayó que ésta había abarcado numerosas parcelas del conocimiento psiquiátrico, destacándose, por su carácter original, el estudio de algunos aspectos de la realidad peruana en sus manifestaciones antropológicas, psicológicas, sociales y clínicas; que si bien la mayoría de los trabajos se ajustan a los requisitos básicos de la metodología de la investigación, es sin embargo saltante la falta de continuidad, pues ofrecen, por lo general, primeras aproximaciones, esbozos preliminares o planteamientos de hipótesis que requieren elaboraciones posteriores y formulaciones de mayor aliento; su importancia y las posibilidades realmente inagotables de nuestra propia realidad obligan a la creación de los organismos eficaces de fomentarla, planificarla, coordinarla, financiarla y difundirla, y que propendan a la formación de grupos de investigación con técnicos diferenciados en los diversos campos de las ciencias médicas, naturales, físicas, psicológicas, sociales y culturales para así realizar un enfrentamiento integral. Los Drs. Baltazar Caravedo y José Sánchez García en base a informes reco-

gidos en las más diversas fuentes oficiales, de personas y de la bibliografía pertinente, dan a conocer los rasgos más saltantes de la asistencia de la salud perturbada en el Perú en una apreciación histórica y general, considerándose en la evaluación de los recursos humanos, físicos y económicos, los aspectos actuales y las espectativas; destacan la escasez y la inconveniente utilización de los recursos y se recomienda una cuidadosa evaluación y aplicación de acuerdo a las exigencias asistenciales, las necesidades de la comunidad y los modernos lineamientos terapéuticos; concluyendo con la exposición del plan nacional de salud mental para el Perú.

Por la tarde, que estaba destinada a la presentación de trabajos libres referentes a la asistencia psiquiátrica en el país, se realizaron paralelamente dos sesiones científicas en las que participaron exclusivamente, como en la sesión matinal, profesionales peruanos; en la primera el Dr. Raúl Jerí presentó una revisión de los requisitos que deben tener los hospitales para organizar los programas de residencias psiquiátricas, describiendo a continuación el estado actual de las unidades de Lima a la luz de una encuesta realizada tomando en cuenta los datos de los Departamentos de Estadísticas de los diversos nosocomios, las respuestas del personal asistencial y las observaciones directas realizadas por el autor, para finalmente, teniendo en cuenta las deficiencias encontradas, proponer un plan de adiestramiento con el fin de dar en un período de tres a cinco años los conocimientos y la experiencia que, de acuerdo a las tendencias actuales, se consideran suficientes. El Dr. Rubén Ríos Carrasco relató la evolución histórica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, describió su organización poniendo énfasis en las peculiaridades de su doctrina y su praxis y relievando las trascendentales contribuciones que ha hecho en la psiquiatría peruana, tanto en el campo del ejercicio asistencial, como en el de la investigación y la docencia. Seguidamente, la Asistenta Social Sra. Beatriz Cuentas de Blanco se ocupó de los objetivos que debe alcanzar el Servicio Social de un Servicio de Psiquiatría en las diferentes etapas del diagnóstico, orientación, tratamiento, investigación y docencia; describiendo cómo se realizan estos en el Hospital Obrero de Lima. El Dr. Carlos Gutiérrez se refirió a la múltiple y compleja labor de un Servicio de Psiquiatría e Higiene Mental en un Hospital de Tuberculosos Crónicos remarcando la necesidad de una coordinada planificación, que cuente con un personal preparado para su aplicación y la adopción de una serie de medidas de higiene mental individual y de grupo. Los Drs. Manuel Zambrano y Arturo Vera Farfán expusieron la doctrina y la metodología de la enseñanza de la Psiquiatría y de

la Psicología Médica en la Facultad de Medicina de Trujillo. En la otra sesión el Dr. Humberto Rotondo trató de los fundamentos de un programa de psiquiatría en la colectividad, para lo cual definió la Comunidad Terapéutica como un sistema social facilitador de la transición hacia la vida en la comunidad y describió la apertura del Centro de Salud Mental hacia la comunidad mediante un régimen liberal de acercamiento hacia los familiares, el mantenimiento de un prudente servicio domiciliario y, en lo posible, la atención ambulatoria y la hospitalización parcial. El Dr. Fernando Samanéz Concha relató las diferentes alternativas que se han tomado frente a la excesiva demanda de hospitalización en el Centro de Salud "Hermilio Valdizán", que procura mantener una política dinámica y liberal utilizando todos los recursos terapéuticos conocidos, para cumplir organizándose como una comunidad terapéutica cuyas ventajas son inmensas y sus beneficios incalculables. Los Drs. Ismael Pardo Figueroa y Carlos Bambarén Vigil nos ofrecieron la experiencia tenida en la extensión de los servicios asistenciales del Centro de Salud Mental en un Hospital General, en este caso la sala Santo Toribio del Hospital Dos de Mayo, donde se destacaron un psiquiatra y un residente del tercer año; hicieron hincapié en el crecido número de pacientes primariamente psicológicos que se hallan internados y el beneficio de la integración de la Medicina con la Psiquiatría, abogando por la creación de servicios permanentes de psiquiatría en los hospitales generales. El Dr. Carlos Bambarén Vigil, partiendo de un análisis de las actitudes tradicionales en países con recursos limitados, relata la experiencia vivida en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" que demuestra la factibilidad de extender las posibilidades asistenciales y docentes aprovechando los recursos locales e integrándolos en un amplio programa de acción psiquiátrica. El Dr. León Mejía destacó la efectiva función de ayuda a la comunidad que cumple un Hospital de Día, basado en la experiencia recogida en los tres meses de funcionamiento de una institución de este tipo dentro del Centro de Salud Mental. Los Drs. Andrés Cáceres, César López, Raúl Luna, Elard Sánchez, Vital Scapa y Gustavo Vásquez presentaron los resultados de una encuesta realizada entre los pacientes de los pabellones 1 y 2 del Centro de Salud Mental, cuyas actividades de grupo han sido, desde hace dos meses organizadas en forma diferente, dichos resultados no acusaron diferencias marcadas, estando de acuerdo tanto con el sistema de comunidad terapéutica utilizada en dicha institución y su régimen de puertas abiertas, como con el trato que reciben del personal; reconocen la importancia de las reuniones de grupo y los be-

neficios de la actividad, afirmando que sus iniciativas son tomadas en cuenta y que pueden ayudarse entre ellos mismos, para finalizar rechazando el funcionamiento de un pabellón cerrado. Los Drs. Ethel Bazán, Jorge Villavicencio, José Véliz y Víctor Infante presentaron un estudio de la ideología o política dominante en el Centro de Salud Mental y la posible utilización de los resultados en un plan de adiestramiento del personal en servicio; para lo cual emplearon la escala CMI-Gilbert-Livinson, comparando los hallazgos con los obtenidos en Londres, Bostón y por Stein en cuatro hospitales peruanos, concluyendo que el Centro de Salud Mental tiene una actitud que se aproxima en lo médico a la de los dos primeros. El Dr. Manuel Almeyda, luego de dar una visión panorámica de los conocimientos actuales del alcoholismo, describió el funcionamiento de la unidad antialcohólica del Centro de Salud "Hermilio Valdizán" recomendando la creación de entidades similares en los diversos hospitales del país y de Latino-américa en consideración a las múltiples funciones que pueden cumplir en el plano asistencial, preventivo, educativo e investigatorio. El Dr. Ethel Bazán relató su experiencia de trabajo en Salud Mental en una población pequeña, lo que le permite deducir que existe una inmensa labor que hace necesaria una planificación cuidadosa para emprender efectivos programas de Salud Mental. El Dr. Víctor Edmundo Infante presentó un estudio del problema de las fugas de los pacientes psiquiátricos en un hospital de puertas abiertas, como es el Centro de Salud Mental y abriga la esperanza de que se hagan estudios similares en otros hospitales y entidades del terreno de las instituciones penitenciarias y de rehabilitación de menores. El Dr. Carlos Bambarén Vigil, en otra comunicación, planteó la necesidad de revisar el concepto de primer ingreso, que al ser utilizado en forma rutinaria por cada institución, sin considerar la visión de conjunto de todos los centros asistenciales, conducen a cálculos exagerados en las investigaciones que se realizan utilizando las tasas de primeros ingresos a los diferentes hospitales psiquiátricos para calcular la incidencia de trastornos mentales en la población general. Por último, los Drs. Humberto Rotondo y Carlos Bambarén Vigil se refirieron al programa de adiestramiento psiquiátrico en las residencias del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", relievando el hecho de conferirle participación en las actividades de una comunidad terapéutica, con responsabilidad progresivamente creciente de un pequeño número de casos asignados bajo constante supervisión formal e informal, tanto individual como de grupo; complementadas con frecuentes reuniones clínicas, la discusión de admisiones, altas

y casos que merecen consideración especial y reuniones bibliográficas semanales que permiten la revisión de los clásicos de la psiquiatría y de fundamentales temas psicopatológicos asistenciales y terapéuticos.

SESION DE CLAUSURA

Una clima pesaroso y de tierna nostalgia había, presuroso, innundado el Congreso. Algunos rostros queridos y admirados faltaban ya y el jocundo sentimiento de haber culminado exitósamente una inolvidable jornada, jalón trascendente en la historia de la psiquiatría americana, había dado paso al oscuro resquemor de la inevitable despedida; luego de días, alegrías y esperanzas compartidas, sincera y lealmente, había llegado la hora del ineludible retorno. En esas circunstancias, nadie mejor que el Dr. Ramón Sarró para que, encarnando el sentir común, dijera el discurso de orden, en el que se refirió al panorama actual de la psiquiatría latino-america en comparación con la de otros sectores del mundo, sus rasgos más entrañablemente propios y el valioso legado espiritual, en su sentido más lato, de las diferentes aportaciones que en este Congreso se habían hecho, manifestando su optimismo y la certidumbre de una constante superación, para finalizar congratulando a todos los congresistas a nombre de los colegas españoles y europeos en general y formulando una cordial invitación al IV Congreso Mundial de Psiquiatría a llevarse a cabo en Madrid. A continuación, el Dr. Carlos Alberto Seguín, en su calidad de Presidente saliente, hizo un balance de la labor realizada en su administración, las metas alcanzadas y las proyecciones posibles en el futuro, agradeció singularmente a cada una de las instituciones y personas que contribuyeron de un modo u otro en el éxito del Congreso, del que afirmó sentirse orgulloso como peruano y como psiquiatra y ratificó su fé en el grandioso destino de la APAL, recordando a sus forjadores y felicitando a los nuevos miembros de la Comisión Directiva en cuyas manos encomendaba el futuro inmediato de la institución. Finalmente, el Dr. Guillermo Dávila, en su condición de Presidente entrante y a nombre de la nueva directiva, manifestó la sorpresa y la gratitud que le había causado tan alta designación, que lo comprometía a no omitir esfuerzo alguno por mantener la ascendente línea de vibrante americanismo que habían emprendido sus antecesores, en especial el Dr. Seguín, para el que tuvo frases de elogio; anunció la próxima aparición de la Re-

vista de la APAL y solicitó la colaboración de todos los psiquiatras latinoamericanos para llevar a efecto anhelados proyectos de intercambio científico y afianzamiento institucional.

COLOFON

Creemos necesario puntualizar los aspectos que, a nuestro entender, han definido el peculiar perfil de este III Congreso, confiriéndole significados y contenidos propios. Así, en el plano institucional, significó el afianzamiento y la estabilización de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, pues, por una parte, como en ninguno de los anteriores congresos la gran mayoría de los países latino-americanos estuvo representada por sus más distinguidos exponentes y, por otra parte, recibió el reconocimiento oficial de las más respetables instituciones del quehacer psiquiátrico en la presencia de sendas delegaciones de la Organización Mundial de la Salud, de la Asociación Psiquiátrica Mundial y de la American Psychiatric Association y contó con la intervención especial de distinguidos colegas europeos.

En el plano científico representó la creciente preocupación por desarrollar una psiquitaría propiamente latino-americana que, partiendo del conocimiento del hombre que vive en estas latitudes, indisolublemente vinculado a su realidad socio-geográfica y de sus propios intentos interpretatorios acerca de su enfermedad; aceptados ya indiscutiblemente los principios psicoanalíticos, culturalistas y existenciales en la teoría y la praxis del enfrentamiento médico, se ha alejado de las concepciones de la psiquiatría clásica de enfoque dogmático e individual para abordar las más modernas y revolucionarias técnicas, más aún, escudriñar por sí misma los recónditos confines del ser humano en un inapelable esfuerzo de ser cada vez más útil al prójimo.

En el plano nacional juzgamos imprescindible destacar dos aspectos; el Congreso constituyó, sin duda alguna, el evento psiquiátrico de mayor envergadura y trascendencia que se haya llevado a cabo en nuestra patria por los considerandos que destacamos en los otros acápites y ha representado, por otra parte, el más serio ensayo por lograr un efectivo y fructífero acercamiento entre los diferentes grupos de psiquiatras nativos, hecho que se patentizó no sólo en la conformación de la Comisión Organizadora, sino en la presentación de trabajos de colegas de las

más diversas orientaciones, sus siempre leales y alturadas intervenciones, el amplio espíritu de confraternidad que presidió las numerosas y elegantes reuniones sociales y, es más, que todo esto fuese oficialmente avalado por la Sesión Conjunta que, por primera vez, realizaron las dos entidades más representativas de la psiquiatría peruana.

En el plano americanista, por la temática propuesta, el mejor conocimiento de nuestro común y glorioso pasado, la concienciación de nuestras acentuadas similitudes socio-culturales y la posibilidad de promover programas corporativos, constituyó, a nuestro entender, el fortalecimiento del espíritu americanista. En este mismo sentido debemos también mencionar la gestación en el transcurso del Congreso de instituciones de objetivos más circunscritos pero que se asientan en la acción conjunta de los países latino-americanos.

Finalmente, en el plano estrictamente personal, creemos que el establecimiento y el reforzamiento de vínculos afectivos, el intercambio de experiencias, publicaciones, proyectos; el compartir triunfos, alegrías, añoranzas; el olvidar la rutina de las actividades cotidianas por un momento y ver, desde otro aspecto, la propia vida; así como el de aprehender las esencias más auténticas de nuestro pueblo en sus manifestaciones artísticas, sus costumbres, sus documentos históricos, sus hombres, han enriquecido, indudablemente, a cada uno de los congresistas.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

La Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha encargado la organización del programa de entrenamiento para la especialización en Psiquiatría al Dr. Carlos Alberto Seguín, Profesor Principal Titular, Director del Departamento de Ciencias Psicológicas y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima. Este programa, cuyos fines, características y perspectivas precisamos en este documento, ha sido estructurado tomando como base el que se encontraba vigente desde hace varios años en el Servicio mencionado, habiendo dado inicio a sus actividades oficiales el mes de Junio del año pasado con el siguiente plantel:

Director:	Dr. Carlos Alberto Seguín
Tutores:	Dr. Oscar Valdivia Ponce
	Dr. Sergio Zapata Agurto
	Dr. José Alva Quiñones
	Dr. Rubén Ríos Carrasco
	Dr. Jacobo Silverman
	Dr. Enrique Sabogal
	Dr. Fermín Rosales
Alumnos:	Dr. Max Hernández Camarero
	Dr. Mario Chiappe Costa
	Dr. Moisés Lemlij Malamud
	Dr. Francisco Vásquez Palomino

Dr. Felipe Iannacone Martínez
Dr. Héctor Cornejo Mere
Dr. Guillermo Montenegro Olcese

PRINCIPIOS DOCTRINARIOS

La organización del curso se asienta en el concepto de que la especialización psiquiátrica no es una adquisición de conocimientos sino, más bien, un aprendizaje de actitudes; el verdadero psiquiatra no es el que más sabe, sino el que es más maduro y ha aprendido a relacionarse mejor con sus semejantes sanos y enfermos. El médico que lo sigue debe, ante todo, conocer sus propias posibilidades y limitaciones, la realidad de su vocación y la firmeza de su deseo; debe probar su sensibilidad frente a los problemas propios y ajenos y su capacidad para aprender a manejarlos; debe descubrir el mundo de las relaciones interpersonales en toda su importancia existencial. Consecuentemente, cada enfermo que estudie será un motivo para conocer, no solamente la ubicación psiquiátrica del "caso", la teoría psicopatológica, nosográfica y terapéutica aplicable, sino, la categoría humana del paciente, su complicación psico-social y, sobre todo, sus reacciones frente a él, la movilización de sus propios problemas, la aparición de actitudes ante el enfermo, la capacidad de comprenderse y analizarse y de, con la ayuda de sus mentores, superar limitaciones, aprender maneras y desarrollar aptitudes que harán de él un psiquiatra cabal y un ser humano maduro. Es así que pretendemos que, al cabo del curso, el médico haya aprendido no solamente a ayudar al enfermo en el manejo de sus problemas, sino a conocer y solucionar los suyos propios.

Esto no quiere decir, por supuesto, que se descuide la enseñanza teórica, como se verá en los programas expuestos más adelante. Ella pretende ser amplia y comprensiva. Con absoluta falta de parcialización exclusivista, el estudiante conocerá todas las escuelas y podrá tomar la posición que su personalidad le permita, con una sola limitación que se desprende de lo anteriormente dicho: no le será aceptado el enfrentar al paciente como a una "cosa", como a un conjunto de órganos o un mecanismo descompuesto; no le será posible "medicarlo" "recetando" o "prescribiendo" "remedios" o "terapéuticas biológicas", si no lo conoce antes como a un semejante en dificultades y no lo respeta como a un ser humano.

Todo ello determina una orientación definida, que se manifiesta en el énfasis que la enseñanza pone sobre dos aspectos de la comprensión psiquiátrica de cada caso: *el conocimiento dinámico de lo que ocurre en el paciente, de su actual enfermedad como parte de su biografía y la consideración acuciosa, no solamente de sus características personales, sino de su categoría de ser social, que vive en una familia, que trabaja en una comunidad, que se desenvuelve en una cultura.* Así, al lado del diagnóstico individual, se toma en consideración el diagnóstico social; paralelamente a los factores personales, se valora para el pronóstico la realidad del ambiente y el tratamiento abarca la acción sobre el individuo y sobre el medio en que se mueve.

Otra característica importante es su orientación psico-somática, es decir, dirigida a la *consideración del hombre como una totalidad en la que tienen tanta importancia los factores somáticos como los psicológicos que, en realidad, no pueden separarse nunca.*

Así mismo, el curso pretende preparar al estudiante para el manejo de la psicoterapia en su sentido más amplio, desde los medios persuasivos hasta la acción remodeladora, pasando por la hipnosis y usando la psicoterapia del grupo, el psicodrama, etc. Todas las técnicas aceptadas pueden conocerse y aplicarse, sin embargo, se insiste en un tipo de psicoterapia profunda con características especiales, que coincidiendo con las de las escuelas en boga pone particular énfasis en los aspectos ya referidos de la relación médico-paciente y el respeto por la persona humana.

FINES

a) Formación integral del Psiquiatra general
b) Formación de especialistas en algunas ramas de la Psiquiatría
c) Formación de personal docente de Ciencias Psicológicas

CARACTERISTICAS GENERALES

1. *Duración.*—El ciclo regular comprenderá 3 años consecutivos para los fines de la especialización general. La orientación hacia algún aspecto particular exigirá un año más de preparación.

2. *Ambientes.*—El programa prevé la utilización de todos los ambientes hospitalarios calificados, circunscribiéndose, en la actualidad, a los siguientes:

a) Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima
b) Hospital de Día del Hospital Obrero de Lima
c) Pabellón N° 8 del Hospital "Víctor Larco Herrera"
d) Consultorios Externos y Hospital Diurno de la Facultad, en el Hospital "Víctor Larco Herrera"
e) Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán"

Las características de los mismos se consignan en los esquemas adjuntos.

3. *Personal.*—Estará constituído por miembros calificados del Departamento de Ciencias Psicológicas y los profesores de Neurología Clínica del Departamento de Medicina de la Facultad, como personal estable, con la colaboración de profesores universitarios tanto del país como del extranjero, en calidad de invitados especiales, para dictar cursillos, conferencias, etc.

4. *Residencias.*—Se consideran inicialmente 8 posibles residencias. Se ofrecerán también dos residencias a becados de las universidades de provincias y una a becados de universidades del extranjero.

5. *Aspectos del programa.*—

a) Supervisión y trabajo práctico
b) Cursos teóricos
c) Psicoterapia individual y de grupo
d) Seminarios y reuniones bibliográficas
e) Cursillos, conferencias y otras actividades extracurriculares
f) Investigación.

6. *Selección de postulantes.*—

Los postulantes serán seleccionados por la calificación de:
a. Curriculum vitae

b. Prueba psicológica
c. Entrevista personal.

Considerándose como requisito indispensable haber concluído los estudios médicos y gozar de un buen estado de salud física y mental.

1. *Condiciones de estudio.*—

a) Para la aprobación de cada año es imprescindible la asistencia a todas las actividades establecidas en el programa. Sólo se podrá considerar hasta un 10% de faltas, siempre y cuando estén plenamente justificadas, como en el caso de enfermedad.

b) La calificación final se hará de acuerdo con las notas aprobatorias de todos los cursos teóricos, la apreciación calificatoria de los supervisores y del jefe de Residentes.

c) La desaprobación de un año inhabilita para la continuación de los estudios. Así mismo el alumno podrá ser separado por razones de orden ético, disciplinario, de idoneidad, falta de cumplimiento, debidamente comprobados a juicio del Comité Directivo, de acuerdo con la reglamentación correspondiente, emanada de la Escuela de Graduados.

8. *Funciones del Residente.*—(Son materia de un reglamento especial).

PREPARACION TEORICA

PRIMER AÑO

1.— *Historia de la Psiquiatría.*— Comprende el análisis histórico del desarrollo de la Psiquiatría como disciplina científica en general y de la Psiquiatría en el Perú, en especial.
— 15 horas —

2.—*Psicología Dinámica.*— Estudio del inconsciente y sus manifestaciones. Estudio topográfico de la personalidad y funciones del Yo.
— 10 horas —

3.— *Formación y evolución de la personalidad.*— Estudia las diferentes teorías del desarrollo de la personalidad, teniendo en cuenta las influencias de los factores constitucionales, genéticos, orgánicos, ambientales y culturales. Estudio del concepto de normalidad y madurez emocional.
— 20 horas —

4.— *Propedéutica psiquiátrica y Psicopatología.*— (Primera parte)
Se refiere al estudio de las anormalidades de la vida mental así como de los métodos amplicados en dicho fin. Se hará especial énfasis en la técnica del interrogatorio, la importancia de la actitud, la toma de la historia psicosomátca y la elaboración del examen psicopatológico desde el punto de vista de la fenomenología.
— 30 horas —

5.— *Psiquiatría Especial.*— (Primera parte)
Estudio de las enfermedades mentales, (psicosis, cuadros orgánicos, etc.) su diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento. Se hará hincapie en los factores predisponentes, determinantes y desencadenantes en juego y sobre el concepto de enfermedad como momento de la biografía de un individuo. Estudio de las clasificaciones germana, norteamericana e internacional.
— 30 horas —

6.— *Psiquiatría de Urgencia.*— Se refiere al conocimiento de los sindromes psiquiátricos que, por la particular agudeza e intensidad de sus manifestaciones, requieren el diagnóstico y terapéutica de emergencia. Serán enfocados desde el punto de vista esencialmente pragmático y tendiente a resolver la situación de inmediato. Se revisarán, así, los sindromes de agitación, angustia, confusión, intentos de suicidio, autointoxicación, etc.
— 15 horas —

7.— *Exámenes Auxiliares.*— (Primera parte)
Estará destinado al estudio de los fundamentos básicos, indicaciones y contraindicaciones, alcances y correcta interpretación de los principales métodos auxiliares de diagnóstico en Psiquiatría. En el primer año se estudiará:

a) Exámenes de rutina en sangre y orina

b) Punción lumbar y líquido céfalo-raquídeo
c) Exámenes radiográficos de pulmones y cráneo
d) Fondo de Ojo y Campimetría
e) Arteriografía
f) Neumoencefalografía

— 8 horas —

8.— *Psicoterapia.*—(Primera parte)
Se dividirá a su vez, en dos grupos:

a) Psicoterapia individual; en donde se estudiarán las bases psicoterapéuticas, la dinámica y el adecuado manejo de la relación médico-paciente, la técnica de las entrevistas y el manejo de las actitudes que, bajo la supervisión de un tutor, se llevará a la práctica en pacientes que requieran apoyo emocional, catarsis, persuasión e hipnosis.
— 20 horas —

b) Psicoterapia de Grupo; se estudiarán sus bases teóricas, indicaciones y contraindicaciones. Se realizarán prácticas como observador de grupos terapéuticos y de grupos didácticos.
— 10 horas —

9.— *Tratamientos físicos y farmacológicos.*—Comprende tres capítulos:

a) Psicofarmacología: que comprenderá el estudio minucioso de cada una de las drogas que se emplean en la especialidad.
b) Tratamientos especiales como la Insulinoterapia, Electroterapia, etc.
c) Otras técnicas terapéuticas: el Narcoanálisis, la Reagudización con Psicodislépticos, el Sueño prolongado, la Hibernación Artificial, la Aversión Condicionada, la Narcosis, la Psicocirugía, la Laborterapia, la Ludoterapia, etc.
— 40 horas —

10.— *Neurología.*—Comprenderá el estudio de la anatomía y fisiología sistema nervioso. La semiología y clínica neurológicas, especialmente de aquellas enfermedades que presentan una mayor relación con el campo de la psiquiatría.
— 20 horas —

11.— *Revisión Bibliográfica.*—Se harán reuniones semanales en las que cada residente expondrá un resumen y su comentario acerca de un libro o trabajo que se le señale, el que luego será discutido.
— 30 horas —

12.— *Seminarios.*—Se discutirán, en grupo, temas propuestos por los residentes, con intervención de un supervisor.
— 30 horas —

13.— *Actividades extracurriculares.*—Se darán charlas semanales de índole artística, cultural, etc. a cargo de invitados de reconocida capacidad.
— 20 horas —

14.— Cursillos de introducción a la filosofía, antropología y sociología.
— 20 horas —

SEGUNDO AÑO

1.— *Psicología Dinámica.*—(Segunda parte)
Se refiere al estudio de la personalidad en relación con las particulares problemáticas de las diferentes edades, (infancia, adolescencia, etc.), y a las características especiales que confieren a los diferentes cuadros clínicos.
— 20 horas —

2.— *Psicopatología.*—(Segunda parte)
Estudiará las manifestaciones psicopatológicas desde el punto de vista psicodinámico y existencial, con especial énfasis en el concepto y análisis del mundo del enfermo.
— 20 horas —

3.— *Psiquiatría Especial.*—(Segunda parte)
Estudiará el problema de las neurosis y las alteraciones de la personalidad. Siguiendo las mismas pautas del primer curso, se estudiarán el diagnóstico, curso, pronóstico y tratamiento. Estudio de las clasificaciones germana, norteamericana e internacional.
— 30 horas —

4.— *Exámenes Auxiliares.*—(Segunda parte)
Se complementará el estudio del primer año con:

a) Psicología clínica (Tests psicológicos)
— 20 horas —

b) Electroencefalografía
— 10 horas —

5.— *Orientación Psicosomática.*—Se refiere al estudio del enfermo como unidad indivisible, al enfoque psicosomático de la medicina actual y las enfermedades que con este acercamiento mejor se conocen. (Asma bronquial, ulcus gastroduodenal, jaquecas, colitis, etc.) Se revisarán los factores etiológicos en juego, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
— 30 horas —

6.— *Psicoterapia.*—(Seguida parte)
Se complementarán los cursos seguidos en el primer año con:

a) Psicoterapia individual de tipo remodelador, que se dirige a modificar los patrones anormales de conducta y remodelar las características de la personalidad. Siempre bajo la supervisión de un tutor se llevarán a la práctica casos de neurosis, trastornos de la personalidad, etc., bajo el método de los protocolos, entrevistas personales, grabaciones y discusiones de grupo, tenderán el adecuado aprendizaje del plan, previo manejo de la transferencia, análisis de las resistencias, problemas de contratransferencia, etc.
— 20 horas —

b) Psicoterapia de grupo. Se completará el curso de primer año con el manejo de grupos terapéuticos bajo la dirección de un supervisor.
— 20 horas —

7.— *Psiquiatría actual.*—Comprende el estudio comparado de las Escuelas Psiquiátricas contemporáneas más importantes.
— 15 horas —

8.— *Revisión Bibliográfica.*—
— 20 horas —

9.— *Seminarios.*—
— 20 horas —

10.— *Actividades Extracurriculares.*—
— 20 horas —

TERCER AÑO

1.— *Psiquiatría Infantil.*—Se refiere al estudio del desarrollo del niño, psicopatología, nosografía y principios de psicoterapia en la infancia.
— 40 horas —

2.— *Psiquiatría Social.*—Comprende el estudio de las relaciones de la Psiquiatría con la educación, religión, industria y sociedad en general, y la aplicación de los conocimientos psicológicos, psicopatológicos y psiquiátricos en estas esferas.
— 20 horas —

3.— *Psiquiatría transcultural.*—Comprende el estudio de las relaciones de factores culturales en cuanto a la etiología, curso y características de los diferentes cuadros psiquiátricos. El análisis comparativo de las entidades nosológicas dadas en las diferentes culturas y particularmente el estudio de las entidades propias de nuestra cultura.
— 20 horas —

4.— *Psiquiatría Forense.*—Estudio de las relaciones del ejercicio psiquiátrico con el orden jurídico: informes, certificados, peritación psiquiátrica, etc.
— 10 horas —

5.— *Psiquiatría Administrativa.*—Estudiará los problemas y la orientación de la administración de un Hospital Psiquiátrico, servicios psiquiátricos en Hospitales generales, hospitales de día, etc.
— 10 horas —

6.— *Investigación Psiquiátrica.*—Estudiará la filosofía y metodología de

la investigación psiquiátrica. Al término de ellas, el alumno deberá presentar un trabajo original.
— 15 horas —

7.— *Psicoterapia.*—(Tercera parte)
Se complementará el estudio de los dos primeros años con:

a) Psicoterapia individual; se hará especial énfasis en el tipo de psicoterapia que plantea nuestro Servicio. Siguiendo las pautas metodológicas de los cursos anteriores, se completarán las prácticas con el manejo de casos de neurosis graves, trastornos de la personalidad y psicosis.
— 20 horas —
b) Psicoterapia de Grupo; se complementará el curso continuando con el manejo de grupos terapéuticos.
— 20 horas —

8.— *La enseñanza de las Ciencias Psicológicas.*—Los fundamentos de la pedagógica moderna, los métodos y normas básicas de la enseñanza universitaria, los aspectos formativos e informativos, la organización de un Departamento de Ciencias Psicológicas, doctrina y praxis.
— 30 horas —

9.— *Cursos Optativos.*—Se refiere a diferentes disciplinas que no constituyen factores básicos en la psiquiatría pero que, sin embargo, guardan estrecha vinculación con ella. Los residentes no estarán obligados a llevarlos en su curriculum, pudiendo hacerlo en forma voluntaria. Contamos entre ellos, cursos de Etnología, Antropología, Religión, Escuelas Filosóficas, Idiomas, etc.
— 30 horas —

10.— *Revisión Bibliográfica*
— 20 horas —

11.— *Seminarios*
— 20 horas —

12.— *Actividades Extracurriculares*
— 20 horas —

PREPARACION PRACTICA

Paralelamente a los cursos teóricos el estudiante estará sometido, desde el principio, a un entrenamiento práctico intensivo.

Primer año.—Durante el primer año estará adscripto a la Unidad de hospitalización del Servicio, en la que deberá permanecer a tiempo completo. En ella, el Jefe de la Unidad distribuirá los pacientes y supervisará el trabajo.

El estudiante estudiará sus casos exhaustivamente, mediante una anamnesis, examen físico, examen neurológico, examen psicológico y psicopatológico y evoluciones periódicas. Deberá pedir todos los exámenes auxiliares que considere necesarios (análisis de laboratorio, electrocardiogramas, exámenes radiológicos, electroencefalogramas, etc.) y solicitará la opinión y la ayuda de los otros servicios especializados del hospital mediante consultas, de tal manera que no quede ningún aspecto por investigar.

Trabajará en estrecha relación con el psicólogo clínico, con la asistenta social, con la terapeuta ocupacional y con los enfermeros y enfermeras del servicio de modo que, no solamente el estudio, sino la atención del paciente sean completas e integrales.

El estudiante deberá, por otra parte, asistir a las visitas de los familiares y citar a éstos para entrevistas que le permitan completar su comprensión de cada caso.

Cada enfermo así estudiado, será presentado por el estudiante a la reunión clínica en la que, después de leer la historia, se oirán los informes del psicólogo clínico, de la asistenta social, la terapeuta ocupacional y los enfermeros. Se verá e interrogará al enfermo y, luego, cada médico opinará sobre el caso y sobre la presentación de él. De esta manera, el estudiante tendrá la oportunidad de estudiar muchos enfermos de un modo puntilloso y exponer su trabajo a un conjunto de psiquiatras de experiencia que lo ayudarán a corregir errores y vencer dificultades.

Se encargará, así mismo, del tratamiento de pacientes en los que no sea necesaria una psicoterapia profunda. Aprenderá el manejo de la medicación farmacológica y tendrá la responsabilidad de los tratamientos biológicos en la sala, así como de las prescripciones de terapéutica ocupacional y su aplicación.

Cuando un enfermo que ha estado a su cargo sea dado de alta deberá seguirlo en la atención en los Consultorios Externos. Esta medida, que

difiere del uso en la mayor parte de los hospitales, tiene por objeto que el estudiante pueda seguir a su paciente a lo largo de toda la evolución, comprender, como hemos dicho, la enfermedad en función de la biografía del hombre enfermo y como parte de su existencia total y ser testigo de la evolución de esa existencia en su real perspectiva humana.

Durante este año, el estudiante se hallará bajo la directa supervisión del Jefe de la Unidad de Hospitalización, quién, no solamente le adjudicará los casos a estudiar, lo asesorará en cada paso de ese estudio, lo ayudará a preparar la presentación clínica y vigilará la conducta terapéutica directamente, sino que le dedicará una hora por semana para una entrevista personal en la que se revisarán todos los problemas que se le presenten y se evaluará su grado y dificultades de adaptación, su progreso personal y su posición ante la especialidad y los enfermos.

Segundo año.—En este período los alumnos rotarán, por equipos por diferentes Hospitales y Centros de actividad psiquiátrica y, entre ellos, el Hospital Diurno del Seguro Social, los servicios psiquiátricos docentes del Hospital Víctor Larco Herrera, Penales, Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán, etc.

Tercer año.—Durante este período el estudiante intensificará sus actividades clínicas y se hará cargo de casos que necesitaran psicoterapia profunda, siempre bajo constante supervisión personal y del grupo.

Se dedicará especialmente a actividades de la sub-especialidad de su elección, así como a desarrollar proyectos de investigación, orientado y supervisado por el personal de la escuela.

Dada la orientación esencialmente humanista del Departamento, el estudiante estará permanentemente expuesto a una atmósfera de inquietud cultural amplía. Constantemente se invitan intelectuales, artistas, religiosos y científicos de las más diversas actividades y puntos de vista para dictar conferencias, presidir mesas redondas, organizar grupos de trabajo sobre los temas más variados y que cubren toda la gama de la actividad cultural.

El grupo funciona como una unidad en la que no faltan oportunidades para socialización sana y fomento de la colaboración, comparación mútua y ayuda espiritual sin restricciones.

ANEXO Nº 1

DEL MANEJO MEDICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

1. Ingreso.—Hospitalizado un paciente se procederá a redactar, dentro de las 24 horas, su Nota de Ingreso, su Examen Físico y Neurológico: se pedirán los Exámenes Auxiliares que sean necesarios y se indicará la terapéutica inmediata.

2. Resumen de las Historias Clínicas Anteriores.—Comprende una breve descripción de las Historias Clínicas anteriores consignando las fechas de ingreso y de alta, los diagnósticos y tratamientos empleados.

3. Historia Clínica.—Se confeccionará dentro de los 4 días del ingreso, tomando en cuenta principalmente los datos proporcionados por el propio paciente y los informes de los familiares.

4. Examen Psicopatológico.—Se efectuará dentro de los 10 primeros días del ingreso según el modelo propugnado por el Departamento de Ciencias Psicológicas.

5. Presentaciones Clínicas.—Los pacientes serán presentados en las reuniones clínicas semanales a las que asistirá todo el personal médico y para-médico del Servicio y en la que el residente dará lectura de la nota de ingreso, el resumen de las historias clínicas anteriores, la anamnesis, el examen físico y neurológico, las pruebas auxiliares, los resultados de las interconsultas y el examen psicológico; luego el Psicólogo Clínico, la Asistenta Social y la Laborterapeuta darán lectura a sus respectivos informes, el paciente será interrogado por el Jefe del Servicio y los médicos que así lo crean conveniente para, finalmente, cada uno de los residentes y médicos, por antiguedad en el Servicio, formularan su opinión acerca del caso presetado, su diagnóstico, pronóstico y conducta a seguir.

6. Nota de Evolución semanal.—Esta nota será un detallado informe de la evolución psicosomática de cada paciente y de los factores que han intervenido en ella, así como la evaluación de los procedimientos terapéuticos empleados.

7. Nota de Alta.—Se hará de acuerdo con el modelo del Departamento el mismo día en que el paciente sea dado de alta.

8. Medicaciones, dietas y consultas.—Todas estas se harán por escrito durante la visita médica.

9. Ordenes de Exámenes Auxiliares.—Se piden de rutina: numeración globular y fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación, reacciones serológicas y examen de orina. La punción lumbar y el estudio del líquido céfalo raquídeo se harán en todos los pacientes, excepto en aquellos en quienes esten contraindicadas. Otros exámenes complementarios se pedirán de acuerdo a las necesidades de cada caso.

10. Pacientes graves e incidentes especiales.—En estos casos se dará parte por escrito al Supervisor y al Jefe de Servicio y se tomarán las medidas pertinentes de acuerdo con ellos.

11. Visitas.—El Residente autorizará las visitas y, en caso de prohibirlas, informará las razones al enfermero para que éste las explique a los familiares. Las llamadas telefónicas se harán solo en casos excepcionales previa su autorización.

12. De las entrevistas con los familiares.—El Residente deberá entrevistarse con los familiares del paciente cuando menos una vez por semana.

13. Salida de prueba.—En casos en que se considere absolutamente necesario se podrán formular permisos de salida con aprobación del Supervisor y el visto bueno del Jefe del Servicio.

ATENCION PSIQUIATRICA EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS

Los residentes tendrán una práctica intensiva con pacientes ambulatorios que concurran a los Consultorios Externos de Psiquiatría y su trabajo será cuidadosamente supervisado en el sentido del estudio clínico dinámico y del manejo terapéutico del caso, se pondrá énfasis en sus diferentes formas desde la psicoterapia superficial hasta la profunda y en el manejo del ambiente existencial, propiciando el enfrentamiento directo con los problemas del hogar, del trabajo y del grupo social a que pertenece el paciente; así mismo se concederá capital importancia al adiestramiento en el empleo de psicofármacos y tratamientos especiales en este tipo de pacientes.

INFORME SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS DURANTE EL AÑO DE 1964

1. *Estructura del Departamento*

Manteniendo el espíritu de la reforma y reorganización impuestos en esta nueva etapa de nuestra Escuela, el Departamento ha continuado funcionando como una unidad, habiendo todos los profesores colaborado en el trabajo de las distintas asignaturas, cosa, por otra parte, indispensable para poder realizar la labor gigante que el cumplimiento de los programas significaba.

2. *Desenvolvimiento de la enseñanza*

Durante el año fenecido, el Departamento ha desarrollado regularmente los cursos de Psicología Médica, en primer año, Psicopatología, en segundo, Propedéutica Psiquiátrica, en tercero, Nosografía Psiquiátrica, en cuarto y Clínica Psiquiátrica, en quinto año, a lo que ha debido añadirse el curso de Nosografía que también siguieron los alumnos de cuarto año. Todo ello hace un total de 73.620 horas-alumno de enseñanza, que se dividen en 10.000 de teoría y 60.000 de práctica, en números redondos.

A ellos deben añadirse los grupos de trabajo que, apesar de haberse desarrollado irregularmente, significan más de 20.000 horas alumno y la colaboración con otros Departamentos, aparte del tiempo dedicado, como se especificará luego, a los exámenes y, por supuesto, a la preparación de las clases y a las prácticas.

Una vez más quiero hacer constar la labor extraordinaria realizada por el personal del Departamento, labor solamente posible debido a una

fuerte vocación y a un cariño verdadero a nuestra especialidad y a nuestra casa.

3. *De los exámenes*

La disposición aprobada por el Consejo de Facultad relativa a los exámenes parciales y cancelatorios, cuyas ventajas o inconvenientes no voy a discutir ahora, ha traído, sí, consecuencias graves en el funcionamiento del Departamento.

Piénsese que éste tiene a su cargo cinco cursos cada uno de ellos con un promedio de 170 alumnos, lo que hace un total de 850 alumnos a los que han debido añadirse los del curso doblado de Nosografía Psiquiátrica (dictado a cuarto y quinto año). Podemos hablar, en cifras redondas, de 1.000 alumnos en todos los cursos. Si pensamos que en cada curso se tomen cuatro exámenes parciales, tenemos un total anual de *cuatro mil* exámenes a tomar *y corregir*. A esa cifra hay que sumar aún los aplazados, que repiten sus pruebas.

Esto ha siginficado un problema serio para el profesorado del Departamento. El profesor Principal ha corregido y calificado personalmente, alrededor de dos mil exámenes y el resto se ha repartido entre los otros Profesores.

Fácil es, señor Decano, comprender lo que eso significa, cuando se quiere ser justo y honesto, en término de horas de trabajo, que se unen a las silenciosas de preparar las pruebas, las clases y las demostraciones.

Creo que debe pensarse seriamente, si se va a continuar con el procedimiento de los exámenes parciales, en la adopción de métodos modernos de calificación por medio de computadoras electrónicas, procedimiento que, por otra parte, es el que se sigue en todas las Universidades adelantadas del mundo.

4. *Deficiencias corregibles*

En algunos cursos, apesar de los esfuerzos realizados, y aún tomando en cuenta que se ha mejorado mucho la enseñanza, se han presentado inconvenientes que no han permitido un rendimiento efectivo y perfecto. Quiero referirme a ellas para que, en lo posible, sean corregidos.

a) Ante todo, y como principal causa de desorganización y mal cumplimiento, quiero señalar el hecho de que la Comisión de Coordinación

había señalado días y horas para el desarrollo de algunos cursos, resultando luego que esos horarios eran imposibles de aplicar porque interferían con otras actividades de los estudiantes.

Un ejemplo flagrante es el del curso de Nosografía Psiquiátrica, que había sido planeado para dictarse los días Martes y Jueves, de 2 a 4 p.m. durante el segundo semestre. En el momento de comenzar las actividades, los alumnos reclamaron, puesto que se había programado para ellos, los mismos días, ocupaciones hasta las 1 p.m. A pesar de que el Departamento, debido a la sobrecarga de trabajo de sus profesores, no tiene mucho margen de variación, se aceptó dictar el curso los mismos días de 3 a 5 p.m. pero luego se hizo visible que eso tampoco era posible porque, de 4 a 6 p.m. estaba prevista otra actividad. Se tuvo que tranzar ocupando el tiempo de 2 y media a 3 y media, con lo que hubo notable perjuicio tanto para los profesores como para los alumnos.

Situación similar se ha planteado varias veces con las prácticas de Anatomía Patológica a las que grupos de alumnos debieron acudir, interrumpiendo su actividad en el Departamento.

b) El curso de Nosografía Psiquiátrica hubo de ser dictado este año a los alumnos de cuarto y quinto porque, como diera cuenta en informe anterior, estos últimos se habían visto imposibilitados de asistir a él el año pasado. Puede fácilmente imaginarse que la tarea, no sólo se duplicó, sino que se hizo más difícil, tanto para los dicentes como para los docentes.

c) Las prácticas han seguido rodeadas de dificultades, a veces insalvables. Hemos debido restringir las que se realizaban en el Hospital Víctor Larco Herrera y en el Centro de Salud Hrmilio Valdizán que, como apuntara anteriormente, en ninguno de ellos existen facilidades físicas ni locales apropiadas para que los profesores y los alumnos se reunan. Esperamos el año que comienza, con la habilitación de los Consultorios Externos en el Hospital Víctor Larco Herrera y la reorganización del Pabellón Nº 8, a la que me referiré luego, ser capaces de mejorar ese aspecto aún sin recta solución, de la enseñanza.

d) El Departamento no tiene absolutamente ninguna ayuda audiovisual. Se ha nombrado una Comisión encargada de vigilar ese aspecto tan importante y esperamos la cooperación del Decanato para remediar esta notoria falta.

5. *Reorganización de servicios en el Hospital Víctor Larco Herrera*

Al hacernos cargo de la enseñanza se nos entregó para las prácticas el Pabellón Nº 8 del Hospital V. Larco Herrera. Se trata de un pabellón de 80 camas, ocupado por enfermos crónicos, sin facilidad de ninguna clase para el aprendizaje. Los grupos deben reunirse en los jardínes, alrededor de un árbol o en el patio, despojando a los enfermos de alguna banca.

Felizmente, merced al entusiasmo y dedicación del Dr. César Delgado, se ha dado comienzo a un intento de reorganización con el establecimiento de Consultorios Externos.

Creo que esa es la base, puesto que, ante todo, son enfermos agudos o "frescos" los que necesitan los estudiantes para aprender y no los casos que se encuentran en el Pabellón 8, algunos con más de 20 años de hospitalización de esos Consultorios podrán elegirse los enfermos que hospitalizaremos. Luego pensamos iniciar también el funcionamiento de un pequeño Hospital Diurno que nos permitirá poner a los estudiantes en contacto con las más modernas técnicas asistenciales.

Para todo ello contamos, siguiendo el consejo del Sr. Decano, con la habilitación provisoria del Laboratorio perteneciente a nuestra Facultad que fuera construído en ese Hospital y que se hallaba abandonado. Pensamos, además, usar dicho Laboratorio para otros fines, a los que me referiré más adelante.

Creo, sí, indispensable que, tanto el Dr. Delgado como el Dr. Hugo Díaz, que se halan a cargo de toda la actividad asistencial, sea especialmente compensados por esa labor o sean nombrados para ella por las autoridades a cargo del Hospital, única manera como podremos seguir adelante con el ímprobo trabajo que han emprendido.

6. *Investigación*

La Comisión correspondiente adjudicó en el año de 1964 dos asignaciones para investigación: una sobre psicofarmacología y otra sobre psiquiatría social. Ambas han dado ya sus primeros resultados, comunicados al Tercer Congreso Latino-Americano de Psiquiatría por los doctores Oscar Ríos y Max Silva que se hallan a cargo de ellas y que las continúan con todo entusiasmo.

7. *Escuela de graduados*

El que suscribe ha tomado a su cargo, con sus colaboradores, la en-

señanza de la Psiquiatría en la Escuela de Graduados. Los detalles del desarrollo de esa enseñanza, así como los inconvenientes y las insólitas situaciones producidas serán materia de un informe aparte que espero ofrecer, debidamente documentado, al Consejo de Facultad.

8. *Reuniones Internacionales*

Creo que deben consignarse como aporte del Departamento a la Facultad de Medicina y a la Universidad algunas actividades científicas que han honrado nuestra ciudad.

Ante todo las Jornadas conjuntas de la Asociación Psiquiátrica Americana y el Departamento de Ciencias Psicológicas, se trató de un acontecimiento realmente trascendental, puesto que la representativa entidad de los Estados Unidos envió una delegación numerosa, encabezada por su Ex-Presidente, su Presidente y su Presidente-Electo y otros miembros de su Comisión Directiva a reunirse con miembros de nuestro Departamento e intercambiar estudios y experiencias.

El segundo acontecimiento importante fué el del Tercer Congreso Latino-Americano de Psiquiatría, sobre el que no daré detalles pero que sirvió de tribuna para que los profesores del Departamento mostraran a los distinguidos visitantes, entre los que se encontraban el Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mundial, el Director de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, el Asesor Regional de Salud Mental de la Oficina Sanitaria Panamericana y otras personalidades de la psiquiatría mundial, lo que se está haciendo en cuanto a enseñanza e investigación en nuestra Escuela y recibieran de ellos muestras de aprobación y estímulo que los enaltecen y llenan de orgullo.

Debo agregar que hemos tenido también el honor de que el Director del Departamento haya sido nombrado Presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología y encargado de la organización del Décimo Congreso Interamericano que se realizará en Lima en 1966.

Quiero dejar constancia expresa de la colaboración constante y amistosa del Señor Decano en todas estas actividades y de las pruebas permanentes de su interés y ayuda, que agradezco.

9. *Revista del Departamento*

Cuando este informe llegue a sus manos se hallará en circulación el primer número de la Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas,

que reflejará la actividad del Departamento y la asignatura de Neurología. Se trata de un esfuerzo más para colocarnos a la altura que debemos estar y mantener en el concierto internacional y que, estoy convencido de que contribuirá a afianzar nuestra posición, ya conquistada, a la cabeza de la docencia psiquiátrica en la América Latina.

10. *Viaje del Dr. Oscar Valdivia*

El Dr. Oscar Valdivia Ponce, Profesor Asociado del Departamento, obtuvo una beca de la Oficina Sanitaria Panamericana para visitar Universidades y estudiar métodos de enseñanza psiquiátrica. Posteriormente hará uso de la oportunidad que le ha brindado la Universidad de Yale para estudiar, durante seis meses, la investigación en el campo de la Psiquiatría Social.

Creo que este viaje del Dr. Valdivia, iniciador de muchos otros que esperamos realicen los profesores del Departamento, será de enorme utilidad para el futuro de la enseñanza y la investigación.

11. *Grupos de Trabajo*

Es éste un problema que durante el año de 1964 ha ofrecido serias dificultades al desarrollo del plan trazado por el Departamento. Ello se ha debido a varios factores que creo conveniente esbozar:

a. La oposición, no abierta pero si constante y activa, de algunos profesores; oposición debida a razones que ahora no quiero analizar pero que expondré en su oportunidad, adelantando solamente que no tienen nada que ver con propósitos académicos ni científicos.

b. Esta oposición ha suscitado en unos casos, estimulado en otros y apoyado siempre la de algunos alumnos, debida ésta a varias razones interesantes: una común a los que prefieren tener menos trabajo y menos tiempo ocupado; otra debida a la natural movilización por los grupos de problemas cuyo manejo se prefiere evitar y otra, emparentada con la de los profesores, de mezclar intereses extrauniversitarios y propósitos personales o de grupo a lo que debe ser sagrado interés pedagógico.

c. Los defectos de organización curricular a los que me he referido antes.

d. Las deficiencias de locales apropiados para la actividad del Departamento, que también he registrado con anterioridad.

Todas estas razones han tenido como consecuencia que los grupos de primero y segundo año se hayan desenvuelto con serias dificultades y los de tercero hayan tenido que ser suprimidos luego de un comienzo lleno de inconvenientes.

Dado que la actividad de los grupos de trabajo significa un aporte de valor extraordinario en la enseñanza (valor reconocido internacionalmente, no sólo en los Congresos reunidos en Lima, sino en el Congreso Mundial de Psicoterapia de Londres, 1964, el Congreso Internacional de Psiquiatría Social de Londres, 1964 y el Congreso Interamericano de Psicología de Miami, 1964) y la investigación, es indispensable que se regularice el funcionamiento de dichos grupos de una vez por todas y en ese sentido haré el pedido correspondiente ante la Comisión de Curriculum.

12. *Actividad científica*

Aparte de las reuniones científicas a las que ya me he referido, 1964 ha sido un año excepcionalmente activo para los profesores.

El Profesor Principal Titular fué Presidente de la Asociación Psiquiátrica de la América Latina y es actualmente Presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología y miembro de la Comisión Directiva de la Organización Psiquiátrica Mundial a cuya Sub-comisión de Publicaciones pertenece. Ha sido también elegido miembro de los Comités Directivos de la Federación Internacional de Psicoterapia Médica y de la Asociación Internacional de Psiquiatría Social e invitado a presidir una sesión plenaria en la reunión anual de la American Psychiatric Association.

El Profesor Asociado Dr. Renato Castro ha sido llamado para la Comisión Organizadora de la Facultad de Estudios Generales de la UNMSM y el Profesor Asociado Dr. Oscar Valdivia ha sido honrado con los nombramientos ya referidos.

La actividad de investigación ha sido grande y sus primeros resultados mostrados en trabajos leídos en Congresos nacionales e internacionales. Es una breve reseña puedo registrar que, el Dr. C. A. Seguín ha presentado trabajos en 1964 a cinco Congresos Internacionales, el Dr. Hilarión Tovar lo ha hecho al Interamericano de Psicología de Miami

y, en las dos reuniones internacionales realizadas en Lima han leído trabajos importantes los Profesores Doctores: Sergio Zapata, Renato Castro, Oscar Valdivia, José Alva, Oscar Ríos, Rubén Ríos, Humberto Napurí, Elía Izaguirre, Roberto Villalón, Carlos Gutiérrez, Hilarión Tovar, Max Silva y los residentes del curso de post grado Max Hernández, Moisés Lemlij, Francisco Vásquez, Felipe Iannacone y Héctor Cornejo.

Numerosas publicaciones han complementado esta actividad. El Profesor Principal publicó un libro ("La preparación psicológica del estudiante de Medicina") dedicado al estudio de los aspectos teórico y práctico de la enseñanza tal como la impartimos, libro cuya publicación respondió al pedido repetido incesantemente por colegas de todas partes del mundo que se hallaban interesados en nuestra actividad.

El Dr. Oscar Valdivia Ponce ha publlicado su tesis de doctorado ("Historia de la Psiquiatría en el Perú") que ha recibido ya los juicios favorables que merece de los más diversos sectores.

Los otros miembros del Departamento han dado también al público diversos trabajos en los Anales de la Facultad de Medicina, Anales del Servicio de Psiquiatría, la Revista del Cuerpo Médico del Hospital Obrero y otros órganos especializados. Se trata de los Profesores Drs.: Oscar Valdivia, Sergio Zapata, José Alva, Max Silva, Hilarión Tovar, Elías Izaguirre, Oscar Ríos y Rubén Ríos.

13. *Futuras actividades*

A la espera de la realización pronta del Hospital destinado a la docencia donde podrá organizarse definitivamente y a satisfacción la enseñanza en todas sus fases, existen algunos pasos a dar que considero indispensables:

a) El Departamento debe ser completado con el nombramiento de un Psicólogo Clínico destinado a investigación, de un Sociólogo y un Antropólogo, así como un número mayor de profesores.

b) Se ha presentado la oportunidad de comenzar un proyecto de investigación bioquímica sobre datos que son indispensables para continuar los estudios que acerca de drogas psicótropas y actividad cerebral hemos emprendido. Someto al señor Decano, en la forma correspondiente, dicho proyecto que creo que debe ser estimulado en todo lo posible.

c) Aunque comprendo que se trata de una aspiración de gran alcance, considero que el Departamento necesita urgentemente una unidad de investigación y enseñanza en neuro-fisiología y reflexología. Creo que el mejor camino a seguir sería el de enviar a un médico joven a que se preparara en estas disciplinas en un medio adecuado y, a su vuelta, ofrecerle, por medio de una Fundación interesada, un laboratorio donde pudiera trabajar colaborando en la enseñanza y la investigación.

Ruego al señor Decano tomar en consideración esta propuesta, que me gustaría discutir en detalle personalmente.

Señor Decano:

He tratado de presentar un resumen de la labor realizada por los miembros del Departamento a mi cargo durante el año terminado. Si bien mucho se ha hecho, somos conscientes de que falta aún mucho que realizar. Somos conscientes también de que una labor como la que hemos emprendido no se realiza en un corto espacio de tiempo y sin vencer dificultades.

Si las dificultades materiales —falta de personal y de locales apropiados, así como de elementos pedagógicos— pueden irse subsanando progresivamente, existen, desgraciadamente, otras, ajenas a la labor universitaria en su recto entender, que pueden ser más difíciles de combatir, pero que esperamos hacerlo con vocación e intención honesta y la colaboración de todos los que realmente aman a nuestra Facultad, nuestra Universidad y nuestro país.

Dr. Carlos Alberto Seguín
Director del Departamento de Ciencias Psicológicas

REGLAMENTO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS *

CAPITULO I

De los Principios Generales

Art. 1 El Departamento de Ciencias Psicológicas está encargado de la enseñanza de los aspectos psicológicos de la medicina a lo largo de la carrera médica y de la especialidad a los alumnos de la escuela de graduados, de acuerdo con la Comisión correspondiente. Se ocupa de la preparación de ellos, tanto en el aspecto informativo como el formativo. Además, tiene como funciones la investigación y la cooperación con los diferentes Departamentos de la Facultad de Medicina, de la Universidad y la comunidad en general.

Art. 2 El Departamento de Ciencias Psicológicas, para el efecto, no está dividido en Cátedras semi-autónomas sino íntimamente integrado en los diferentes niveles educativos dentro del plan de estudios.

---

* Aprobado por el Comité Directivo del Departamento, luego del informe de la Comisión ad-hoc conformada por los Drs. Renato Castro de la Mata y Rubén Ríos Carrasco, y presentada a la Comisión de Reglamentos de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

CAPITULO II

De los Miembros y su Organización

Art. 3 Son miembros del Departamento de Ciencias Psicológicas:

a) Los Profesores de las diferentes categorías: Principal, Asociados, Auxiliares, Jefes Instructores y Ayudantes, cuyas funciones están establecidas en el reglamento de la Facultad.
b) Los Profesores que, sin ser de la especialidad, tienen labor docente, como: Psicólogos, Sociólogos, Antropólogos, Fisiólogos, Bioquímicos, etc., y el personal dedicado a la investigación.
c) Los miembros del personal auxiliar, como son: Enfermeros, Personal de Secretaría, Bibliotecario y otros empleados.
d) Los alumnos: a. de los cursos de Pre-Grado
b. de los cursos de Graduados

Art. 4 La provisión, promoción y cesación de los cargos de dichos miembros será hecha de acuerdo con las disposiciones pertinentes.

Art. 5 El Departamento de Ciencias Psicológicas tiene los siguientes organismos:

a) El Comité Directivo
b) La Asamblea de Docentes
c) Las Comisiones

CAPITULO III

De los Fines

Art. 6 El Departamento de Ciencias Psicológicas, en cuanto de la docencia está encargado de:

a) La enseñanza de las asignaturas siguientes: Psicología Médica, Psicopatología, Semiología y Propedéutica Psiquiátrica, Nosografía Psiquiátrica y Clínica Psiquiátrica y Psicosomática y las que se considere convenientes.
b) La divulgación o la docencia pública.
c) La colaboración por medio de Cursillos, Conferencias, Semi-

narios, etc. en los programas desarrollados por otros Departamentos.

d) La colaboración en la enseñanza de graduados.

Art. 7 El Departamento de Ciencias Psicológicas esta encargado de estimular, propiciar, planificar, orientar y realizar toda clase de actividades de investigación relacionadas con las disciplinas que comprende, teniendo especial interés por la elaboración de las Tesis de Bachiller y de Doctor en Medicina.

Art. 8 El Departamento de Ciencias Psicológicas está encargado de prestar asesoramiento a las Instituciones o personas que lo soliciten.

Art. 9 El Departamento de Ciencias Psicológicas propende a la formación integral de la personalidad del estudiante de medicina y, en mayor medida, del especialista de Psiquiatría.

CAPITULO IV

Del Comité Directivo

Art. 10 El Comité Directivo está constituído por:

a) El Profesor Principal
b) Los Profesores Asociados
c) Un Delegado de los Profesores Auxiliares
d) Un Delegado de los Jefes Instructores
e) Un delegado de los Alumnos.
f) El Coordinador del Departamento, con voz pero sin voto

Art. 11 El Comité Directivo estará presidido por el Profesor Principal, Jefe del Departamento; en su ausencia por el Profesor Asociado Encargado.

Art. 12 Son atribuciones del Comité:

a) Tomar los acuerdos necesarios a los fines del Departamento
b) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones de este Reglamen-

to así como las emanadas de los organismos universitarios jerárquicamente superiores.

c) Nombrar las diferentes Comisiones
d) Conocer y aprobar el trabajo de las diferentes Comisiones
e) Conocer y aprobar los Syllabi de las diferentes asignaturas
f) Determinar las actividades del Departamento y sus relaciones con otros Departamentos
g) Reunir periódicamente a la Asamblea del Departamento para presentar los esquemas de trabajo y recibir sugerencias
h) Refrendar los nombramientos del Personal Docente Contratado y Administrativo
i) Supervisar las actividades de los Cursos de Graduados, a cargo del Departamento
j) Intervenir en la elaboración del Presupuesto del Departamento
k) Supervisar el manejo de los fondos privativos del Departamento (donaciones, etc.)
l) Auspiciar la intervención de los miembros del Departamento en Congresos, Symposia y otros eventos
m) Convocar a elecciones, presentar un informe de su actuación y las sugerencias que crea convenientes tanto a la Asamblea del Departamento como a los Organismos Universitarios Superiores.

Art. 13 El Comité Directivo será renovado anualmente durante el mes de Enero y asumirá a sus funciones el 2 de Febrero.

Art. 14 Los Delegados serán elegidos en una Asamblea Eleccionaria por Categorías, siendo el voto directo, secreto y obligatorio y la mayoría simple válida para la elección.

Art. 15 Se reunirán los Profesores de cada Categoría para recibir informes, dar sugerencias y discutir cualquier asunto relacionado con el Departamento, bajo la Presidencia del Delegado y a su convocatoria o cuando lo soliciten los dos tercios de sus miembros.

Art. 16 Los Delegados solo podrán ser reelegidos consecutivamente por un período.

Art. 17 El Comité se reunirá ordinariamente una vez por semana o en forma extraordinaria convocado por el Jefe del Departamento o a solicitud de la mitad más uno de sus miembros.

CAPITULO V

De la Asamblea del Departamento

Art. 18 La Asamblea del Departamento está formada por los Profesores: Principal, Asociados, Auxiliares y Jefes Instructores nombrados previo concurso, el representante de los estudiantes regulares y el del curso de Graduados, con derecho pleno; los Profesores Contratados, Ayudantes, Personal Auxiliar, con derecho a voz.

Art. 19 Se reunirá cada vez que sea convocado por el Comité Directivo o cuando lo soliciten por escrito los dos tercios de sus miembros con derecho pleno.

Art. 20 Las decisiones del Comité se tomarán por mayoría simple y en caso de empate, el Jefe del Departamento tiene voto dirimente.

Art. 21 Son atribuciones de la Asamblea:

a) Discutir cualquier asunto relacionado con los fines del Departamento.
b) Plantear sugerencias al Comité Directivo y conocer los acuerdos que este tome.

Art. 22 En la primera citación el quórum será de la mitad más uno, la segunda se llevará a cabo con el número de asistentes.

CAPITULO VI

De las Comisiones

Art. 23 Las Comisiones estarán formadas por el Director del Departamento, como miembro nato, y por lo menos dos miembros más,

uno de los cuales será necesariamente miembro del Comité Directivo.

Art. 24 Dichas Comisiones presentarán un programa de actividades, que será discutido y aprobado por el Comité Directivo, antes de ser puesto en ejecución. Cuando sea necesario, cualquier Comisión pedirá la inclusión en la agenda de las reuniones semanales del Comité Directivo el tema a tratar.

Art. 25 Las Comisiones serán las siguientes:

a) *De Docencia Pre-Grado.*—Encargado de la elaboración del Syllabus de las diferentes asignaturas, su duración en cada ciclo de estudios, la designación de los Profesores para las diferentes actividades docentes de cada asignatura. Revisará estas actividades cada año y velará por el cumplimiento estricto del plan de estudios.
b) *De Docencia para Graduados.*—Encargada de los cursos para Graduados a cargo del Departamento y de dar cumplimiento de las disposiciones reglamentarias respectivas.
c) *De Trabajos Científicos e Investigación.*—Encargada de la promoción de trabajos de investigación entre los alumnos de la Facultad, tutoría de Tesis y coordinación de proyectos que se refieren a trabajos del Departamento como entidad.
d) *De Actividades Científicas, Congresos, Conferencias,etc.*—Encargada de la promoción de ellas y de la coordinación entre el Departamento y otras entidades cuando su colaboración sea solicitada.
e) *De Material de Enseñanza.*—Encargada de la selección y preparación del material clínico, seleccción de locales de enseñanza, relación con entidades que puedan proporcionar facilidades para la enseñanza, etc.
f) *De Publicaciones y Biblioteca.*—Encargada de la supervisión de la Biblioteca del Departamento, la publicación de la revista y de los trabajos del Departamento como entidad y sugerir la adquisición de libros para la Biblioteca de la Facultad.
g) *De Viajes y Entrenamiento.*—Encargada de mantener relación con instituciones científicas de investigación y entrenamiento, gestionar becas, bolsas de viaje, etc. y seleccionar el personal

del Departamento que deba emprender esas actividades oficialmente.

h) *De Grupos de Trabajo.*—Encargada de la supervigilancia de los grupos de trabajo y todo lo relacionado con su funcionamiento, así como del archivo de protocolos y trabajos al respecto.

i) *De Relaciones Públicas.*—Encargada de establecer los vínculos con las diferentes instituciones que tengan algún motivo de relación con el Departamento.

CAPITULO VII

De las Modificaciones del Reglamento.

Art. 26 Cualquier modificación del presente reglamento deberá ser propuesta por los dos tercios de los miembros del Comité Directivo y aprobada por mayoría absoluta, en dos sesiones consecutivas.

REVISTA DE REVISTAS

LA HIGIENE MENTAL EN EL MEDIO UNIVERSITARIO

LEÓN, CARLOS. Revista Colombiana de Psiquiatría, 1: 22, 1964.

Según el propio autor este trabajo se propone enfocar la actividad docente en las Facultades de Medicina de la América Latina, haciendo la salvedad de que se limita a una labor expliratoria de superficie con énfasis en lo fenomenológico y mínimas incursiones en lo dinámico, y que tiene como fin contribuir a que el docente médico tenga la oportunidad de examinarse, en cuanto a desempeño en esta función, y examinar al mismo tiempo las condiciones favorables o adversas imperantes en su respectivo medio académico. Para llenar dicho cometido se emplean fuentes formales, informales y especiales de información, cuya validéz es discutida admitiendo la posibilidad de errores mas bien de tipo subjetivo; los hallazgos son sistematizados en dos categorías:

I.—Los problemas propios de la situación colectiva, como son a) la inestabilidad institucional, relacionada con la carencia de una real autonomía universitaria, la deficiente planificación y la falta de una verdadera tradición académica; b) la persistencia del proletariado externo e interno, es decir de la incomprensión y el ataque de grupos de colegas que están fuera de la institución, público en general o diferentes agrupaciones que creen menguados sus intereses por la labor académica y, el obstruccionismo, la apatía, la indisciplina y la irresponsabilidad de algunas minorías internas descontentas e insatisfechas; c) el malestar universal derivado de la creciente angustia existencial de nuestros tiempos; d) la expansión en superficie o sea el incremento inusitado de responsabilidades y demandas sin la preparación ni los medios adecuados para afrontarlos; e) la extrapolación de funciones, es decir suponer erroneamente que la excelencia o competencia en el ejercicio profesional son indicativos de capacidad para el trabajo docente, investigativo o administrativo; f) la adopción indiscriminada de normas o patrones académicos vigentes en medios culturales más adelantados sin tratar de adaptarlos a nuestro ambiente, a sus recursos y posibilidades; g) los medios inadecuados de evaluación del rendimiento académico,

como el contratar a un profesor para que realice una tarea (docencia) y juzgar su rendimiento de acuerdo a como ejecuta otra (investigación); y h) el sistema cerrado que bloquea toda información proveniente de afuera y dificulta toda renovación. II.—Los problemas relacionados con la situación individual se pueden enfocar desde un doble aspecto: A.—el profesional, en el que debemos considerar a) las demandas del alumnado, como son: competencia profesional, competencia docente, información actualizada, acuanimidad, tolerancia y firmeza, b) las demandas del personal subalterno que tienen un claro tinte competitivo, c) las demandas de los directivos, que exigen disciplina, lealtad, eficacia y conformismo respecto a determinadas normas o situaciones existentes, lo que casi siempre es una fuente de graves conflictos, d) las demandas de servicio que exige la comunidad en cuanto se refiere a servicios asistenciales, desde que aprecia su labor académica como sinónimo de competencia profesional, e) el prestigio profesional que debe conservar ante colegas, determinados círculos y público en general, f) el prestigio académico cuya mantención obliga muchas veces a improvisar organizándose así un círculo vicioso, g) las tareas administrativas que consumen gran parte del tiempo y la energía, h) la carencia de medios económicos para el desempeño decoroso de la docencia, i) la inestabilidad en sus funciones, desde que en cualquier momento, ya sea por parte de los directivos o de los alumnos, se vé amenazado a ser excluido de la docencia o a tomar una decisión en ese sentido. B.—En el aspecto propiamente personal debemos distinguir: a) las características psicológicas individuales que pueden no ser compatibles con las tareas docentes, cuanto mas si pensamos que algunos profesores llegan a ser tales por la fuerza de las circunstancias o el azar, b) los factores económicos, entre los que es de primera importancia la remuneración insuficiente que provoca un sentimiento de frustración frente al colega que se dedica a la práctica privada abrumándolo con la opulencia que esta le dá, c) los factores familiares, particularmente las viccicitudes hogareñas que repercuten en su rendimiento, y d) los factores sociales, como por ejemplo el drástico cambio en el nivel social que sufren los que proviniendo de clases sociales modestas ocupan una alta posición docente merced a sus brillantes cualidades.

El autor al analizar la acción de los factores enumerados delinea las siguientes áreas de conflicto: a) rivalidad entre los profesores de cursos básicos y de cursos clínicos, b) entre los docentes dirigentes y dirigidos, entre los que se dán, por lo general, dudas acerca de la solvencia científica, temores a ser desplazado, desvalorización de las necesidades, tendencia a dividir para gobernar, escepticismo, suspicacia, envidia, celos, dependencia, rivalidad entre los que se dedican a la docencia y la investigación, la docencia y la asistencia médica, la docencia y la administración, los que trabajan tiempo completo con los que lo hacen parcialmente, etc. Frente a ello se ponen en juego mecanismos de defensa tendientes a proteger, al individuo o al grupo, de la angustia que estos conflictos crean, entre los que se señalan la sobrecompensación, la proyección, el desplazamiento, la coartación, la negación, la racionalización, el aislamiento emocional, la introyección, la identificación con el agresor, la catatimia, la regresión y la fantasía, dándose de este último bellos ejemplos y proponiéndose como posibles medidas correctivas y preventivas una estricta organización funcional jerárquica, la libre comunicación, la rigurosa selección de personal docente, el pla-

neamiento realístico conmensurable con los recursos del medio y ajustado a un sistema de prelaciones, el desarrollo de los recursos médicos en la comunidad, la creación de un Consejo Económico a escala universitaria e integrado por economistas, planificadores y financistas; frecuentes discusiones de grupo, la progresiva indoctrinación de los nuevos miembros, el fomento del intercambio académico a nivel nacional e internacional, la creación de comités de bienestar tendientes a crear cooperativas, seguros de salud, educación, etc., para el profesor y sus familiares; financiación de vivienda, vehículos y, principalmente, estabilidad académica; la organización de cursos de pedagogía médica, procedimientos administrativos e instrucción en la dinámica y manejo de grupos y, finalmente, la evaluación periódica de los planes, programas y objetivos, rendimiento académico y eficiencia administrativa.

RUBEN RIOS CARRASCO

EL MEDIO FAMILIAR DEL ESQUIZOFRENICO

ALLEGRO, LUIS A.— Acta psiq. y psicol. de Am. Lat. 10: 209, 1964.

En los últimos años la preocupación de los investigadores que han encarado el estudio de las enfermedades mentales en general y de la esquizofrenia en particular, se ha centrado en el grupo familiar, considerando a la familia como la *matriz social* en el desarrollo de la personalidad, por ello parece justificado expresar que todas las investigaciones concuerdan en describir a la esquizofrenia como el resultado de un proceso patológico del desarrollo de la personalidad que comienza tempranamente en el seno del grupo familiar; cuatro aspectos de la cuestión, son:

1) *LA MADRE DEL ESQUIZOFRENICO*:

De todas las investigaciones Mark jerarquizó un rasgo que la delineaba mejor: *madre interferente;* T. Lidz y S. Fleck han publicado observaciones muy interesantes que las caracterizan: pensamiento seriamente disperso, impermeables a los requerimientos del niño, desordenado entrometimiento en las necesidades infantiles con una particular tendencia a confundirlo al proyectar las suyas, ambivalentes con una notable disparidad entre lo que expresan verbalmente y lo que enfatizan, fallas en el reconocimiento del propio Yo, una indebida restrictividad a causa de una obsesiva ansiedad, grandes dificultades e incertidumbre en su identidad sexual, mientras L. B. Hill las describe así: producían una impresión distinta de la de cualquier otro familiar, presentaban una perturbación de la comunicación verbal, detrás de una amabilidad superficial tenían una sagáz resistencia a suministrar información. W. Elgin agrega que son dominantes frente al esposo porque se sienten culpables por su incompetencia en el rol materno y por su acentuado narcisismo quieren a su hijo en forma devastadora y excesiva, pero condicional de tal manera, que el hijo sólo puede satisfacerla sacrificando sus propias realizaciones y aún así sólo a medias; asumen

fácilmente el rol de mártires para dominar la situación, muestran haberse casado por amor pero en realidad querían alejarse de sus hogares y son obsesivas por la limpieza corporal del niño. Niegan la enfermedad de éste hasta que estalla la crisis.

2) *LAS RELACIONES MADRE-HIJO EN LA ESQUIZOFRENIA*:

M. Bowen y col. han descrito la '*simbiosis morbida*' o trabazón simbiótica entre la madre y el niño que se delinea en términos de, "viviendo y actuando el uno para el otro" en un vínculo en que se nota la fuerte y frecuente transferencia de ansiedad entre los miembros de la pareja, que trasciende al medio familiar. G. Bateson y D. Jackson denominan: "double bind", doble vínculo, al especial tipo de comunicación entre madre e hijo en que la madre verbaliza el amor y el calor pero rechaza las tendencias del niño a responder a sus palabras. Hill recalca la relación simbiótica y destaca como el esquizofrénico se esfuerza por establecer *raport* y al mismo tiempo lucha por liberarse de las exigencias e interferencias de ella. J. Abrahams y E. Varon, en un grupo terapéutico entre madre e hijas esquizofrénicas, notaron una comunicación defectuosa y enfatizaron que estas dificultades interpersonales jugaron importante papel en la cronicidad del cuadro.

3) *EL PADRE DEL ESQUIZOFRENICO*:

A diferencia de lo que ocurre con las madres, en que hay una coincidencia general entre los autores, con el padre en cambio este acuerdo es moderado, Lidz llega a caracterizar tres tipos de personalidad de "padre esquizofrenógeno": 1) *El pasivo e inmaduro*, 2) *El dominador, sadista*, 3) *El distante y narcisista*, Hill agrega que en algunos esquizofrénicos la relación simbiótica se hace con el padre que precozmente siente resentimiento y competencia con el hijo del cual desprecia su desvalidez, que interpreta como afeminamiento. Algunos tratan de masculinizar a su hija, otros la han utilizado como objeto sexual.

4) *LA ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR*:

La impresión que se tiene al tratar con el grupo familiar del esquizofrénico es de poca o ninguna felicidad, habitualmente determinada por factores psicológicos y agravada por las consecuencias materiales que de ellos se derivan como ser la pobreza. El análisis de la estructura de estas familias permite compararlas con las normales:

FAMILIA NORMAL	*FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO*
1) Observación de los límites generacionales.	1) La violación de los límites generacionales es la regla.
2) Cada progenitor asume su rol:	2) En la asunción de roles de cada progenitor hay:

a) de acuerdo con su sexo	a) frecuente incertidumbre respecto a su identidad sexual.
b) como padre o madre	b) confusión respecto a las funciones parentales.
c) de acuerdo con las principales expectativas sociales y culturales.	
3) Unión de los padres, unidad familiar.	3) Las familias son cismáticas.
4) La familia ayuda al niño a realizar la deserotización de su vínculo parental antes de la latencia y la desincestualización de los objetos sexuales durante la adolescencia.	4) Los padres promueven con frecuencia el contacto seductor con el niño (físico y sexual) en el período de latencia y lo reasumen en la adolescencia.
5) Las pautas de comunicación intrafamiliares deben ser modificables de modo que todos los miembros puedan interactuar y comunicarse también fuera de la familia.	5) Las familias están frecuentemente aisladas, los esquizofrénicos tienen que apoyarse en claves y señales inconscientes ya que los padres responden a sus propias necesidades mas bien que a las del niño; las señales de impulsos homo y heterosexuales pueden ser prevalentes.

Estas perturbaciones de la estructura familiar inciden tanto en el desarrollo como en la eclosión de las crisis de tal modo que el paciente no puede completar el proceso de individuación, lo que le impide diferenciar sus propias necesidades de las de sus padres; se bloquea la ruptura del vínculo simbiótico con el objeto primario y no se liberan las energías para la socialización y el aprendizaje de procesos relacionados con el marco extra-familiar; la tendencia del esquizofrénico a sexualizar sus relaciones de objeto puede fundarse en la ausencia de experiencias en las que se vea forzado a desexualizar su relación de objeto primario; las preocupaciones incestuosas pueden conducir al pánico. El esquizofrénico no puede lograr de nuevo la seguridad mediante la regresión a una posición de dependencia de sus padres, porque es la proximidad de los mismos lo que teme, la regresión debe ser tan profunda que vaya a los más tempranos estadios preedípicos o bien deba darse acompañada con técnicas de escisión (splitting).

Es importante hacer mención de las ideas de Pichon Rivière al respecto, el opina que *El enfermo es el portavoz de la enfermedad del grupo familiar;* es el emergente de esa situación al hacerse cargo de las ansiedades grupales, en ese sentido no es el más débil sino el miembro dinámico más fuerte; en su grupo hay fuertes perturbaciones de la comunicación, las pautas de conducta y las ideologías son *estereotipadas,* operando la *imagen intragrupal del esquizofrénico* que entretiene la rigidez de los estereotipos y estos a su vez fortifican esa imagen formándose así el *círculo psicopático cerrado.* Un papel importante juegan los *mecanismos de segregación* que tienden a la expulsión del miembro enfermo cuyo futuro se ve reducido así al asilo, estos mecanismos, combinados a la rigidez de los estereotipos, ensombrecen el pronóstico del cuadro; en cambio su tratamiento en el medio familiar permite la recuperación y la profilaxis de una nueva crisis.

Como se vé el estudio del medio familiar del esquizofrénico ha sido abordado desde distintos ángulos. Los resultados son bastantes coincidentes al considerar entre los factores etiológicos de las esquizofrenias, a la familia, como quizás el más significativo.

ROBERTO VILLALON RODRIGUEZ

CONSIDERACIONES SOBRE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA

MARCONI, JUAN. Acta psiquiat. y psicol. Amér. lat. 10:265, 1964.

Partiendo del considerando de que el problema del método constituye uno de los ejes fundamentales de toda disciplina científica y que es menester encontrar los caminos metodológicos más adecuados al progreso de la psiquiatría, el autor, luego de una breve revisión de los conceptos de la psiquiatría como ciencia, la perspectiva histórica de su evolución, sus relaciones con la psicopatología y los métodos y enfoques de la investigación en psiquiatría, propicia el método hipotético-deductivo iniciado por Kretschmer y perfeccionado por Eysenck, que implica las siguientes etapas: a) La captación, lograda generalmente por el enfoque clínico de la serie de hechos psicopatológicos complejos, que ha de constituir la unidad descriptiva de estudio, b) la aprehensión intuitiva en gran parte de un sistema de relaciones o características, en torno a las cuales se pueda definir descriptivamente lo peculiar y único de dicha forma de reacción, c) la hipótesis descriptiva, que nos permite distinguir dicho concepto de otros semejantes, d) la hipótesis explicativa, que permita conectar el hecho psicopatológico nuclear descrito con la más amplia variedad de factores causales, psicológicos, biológicos, sociológicos o de otro orden, e) la prueba de las deducciones obtenidas mediante los enfoques clínico, epidemiológico y experimental.

Concluye el trabajo con el relato de la aplicación del método hipotético-deductivo al estudio de la psicosis y del alcoholismo, que permite en el primer campo llegar a la hipótesis descriptiva de que la psicosis es una alienación o mutación insólita y productiva de la estructura de la conciencia de realidad o uno de sus componentes, pudiendo diferenciar tres tipos de psicosis: a) Alienación de la conciencia total de realidad o psicosis oneiriformes, caracterizadas por las pseudopercepciones escenográficas y los juicios deliriosos, b) Alienación de la conciencia afectiva de realidad o psicosis afectivas, caracterizada por la intensidad desusada y ausencia de modulación de la afectividad basal y/o juicios deliroides, y c) Alienación de la conciencia cognotiva de realidad o psicosis cognotivas, que puede ser unitaria o escindida. En el segundo campo propicia el planteamiento de la hipótesis neurofisiopatológica del alcoholismo, que ha permitido iniciar, según el autor, el primer intento de tratamiento patogénico, consistente en la coagulación del núcleo dorsal del tálamo por medio de técnicas estereotáxicas.

RUBEN RIOS CARRASCO

DETERMINACION DE LA INDOL INDOL 3 ACETAMIDA EN LA ORINA DE LOS ESQUIZOFRENICOS Y SUJETOS NORMALES

HIERRESUELO, P. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. V. Nº 2, p. 280, 1964.

El autor basa la investigación en los hallazgos de Spence y col. quienes habían precisado que esta sustancia está aumentada de manera constante en esquizofrénicos, puntualizándose que no se investiga de ninguna manera la Indicana; el material empleado es de un grupo de Esquizofrénicos hospitalizados en número de 30 y un grupo control de 13 sujetos normales. Se tomaron las muestras de orina en ayunas en pacientes que no habían recibido medicación por lo menos 2 meses antes de la muestra; para evitar interferencias la dieta de ambos grupos fue la misma, se usó la técnica empleada por Spence en un esfuerzo por dilucidar por lo menos uno de los factores bioquímicos que intervienen en la esquizofrenia, demostrándose el aumento de la tasa del Indol —3— acetamida en la orina de pacientes esquizofrénicos en relación con individuos normales, mientras que los esquizofrénicos sometidos a tratamiento la excretan en menos cantidad.

El presente trabajo no es original, por cuanto se limita a repetir las experiencias de Spence, pero si representa un esfuerzo encomiable y germinal para futuras investigaciones bioquímicas, campo de creciente importancia en la Psiquiatría moderna.

FELIPE IANNACONE MARTINEZ

GROUP THERAPY AND ANALYTICAL PSYCHOLOGY

WHITMONT, E. C.: The Journal of Analytical Psychology, 9:1 (Ene.) 1964.

La terapia de grupo debería ocupar un lugar esencial dentro de la metódica junguiana. La terapia de grupo no tiende al abaratamiento del análisis, ni al ahorro de tiempo; tampoco al análisis en masa. Su finalidad es la de instaurar una modalidad sui géneris de terapia. El análisis de grupo añade al análisis individual una "labor" en la que aparecen experiencias y vivencias que muy difícilmente se darían en el análisis individual. Estas son: un grado elevado de realización de la concreta experiencia del encuentro entre seres humanos, la vivencia del arquetipo de grupo y la integración de la transferencia de grupo.

Lo esencial en la psicodinamia es el poder hacer partícipes a los demás de las experiencias propias, de manera propia e individual y sin sentirse excluído. El intercambio de problemas personales exige una catarsis colectiva. El confrontarse con la circunstancia de poder apreciar la impresión que uno causa sobre los otros y el conocimiento del modo como uno es visto por los demás, coadyuvan junto con la elaboración de las proyecciones mutuas concurrentes, a una mayor concreción de las vivencias (sombras). El que, a pesar del surgimiento de inevitables antagonismos, se haga presente un creciente "sentirse bien" y un ambiente de camaradería,

conduce hacia nuevas experiencias de relaciones interpersonales basadas en la mutua tolerancia.

Se señala un factor específico de grupo: el incremento de la vivencia de realidad de los complejos. Este descansaría en el hecho de la mayor cercanía y presencia de los conflictos en la situación grupal (en el análisis individual, las tensiones y los conflictos, están "más alejadas"). Esto se debe a que en el análisis individual, si el terapeuta analítico no suscita o revive con su presencia los conflictos, son referidos como sucedidos "ayer", en el grupo, sin embargo; los conflictos se suscitan o "resucitan" entre los miembros de éste. El encuentro "Yo-Tú" toma de esta manera connotaciones que no hubiera alcanzado en la desnuda entrevista de dos personas, las diferencias marcadas entre las facetas de proyección y contacto,. dependientes de las diferencias personales, permite el alcance de regiones raramente explorables en el análisis individual. Este carácter de realidad del análisis de grupo le confiere las características de un laboratorio experimental en el que, del protegido mundo del análisis individual, se llega al terreno descubierto de la realidad de la vida exterior.

Parece ser que un arquetipo de grupo proporciona a este su silueta y cuño, por interferencia se supone que este sea el arquetipo de la Gran Madre, este arquetipo se presenta en el material onírico investigadi por Jung. La proyección de este arquetipo sobre el grupo representa la transferencia de grupo y determina la forma de las relaciones de colectividad. Así como la transferencia individual, la transferencia de grupo no puede ser integrada por evasión, escape o discusiones teoréticas, para ello es necesario el análisis "in situ" y confrontaciones concretas.

Ambos análisis: individual y grupal, se presentan como aspectos diferentes pero complementarios del trabajo analítico. Ninguno es susceptible de ser reemplazado por el otro.

Son comentadas algunas reacciones del terapeuta analítico, así como proyecciones de éste sobre el grupo. Quizás el arquetipo de la Madre signifique una defensa contra la amenaza que pesa sobre la individualidad, en esta época de amasamiento (masificación, desindividuación, etc.), defensa que es comprendida como afloración de este arquetipo a través de lo colectivo.

MAX HERNANDEZ C.

PSYCHOLOGICAL METHODOLOGY AND BIOLOGICAL THEORIES OF THINKING

THOMPSON, JOHN W. "Human Relations" - Volume 17 numbers 3- 1964.

El concepto de inteligencia juega papel importante en las relaciones humanas, éste debe ser algo más que un criterio estadístico y debe referirse a un organismo en relación con su grupo. Se requeriría una teoría biológica del pensamiento; pero las existentes no han logrado éxito. Hasta no admitir que investigar la evolución del conocimiento es crucial para el estudio de la inteligencia, no había posibilidad

de un acuerdo sobre si la inteligencia es innata o adquirida; requiriéndose para su desarrollo nuevos marcos de referencia interdisciplinarios.

Se ha discutido sobre el significado del término inteligencia, pero solo para evadir el problema. No hubo acuerdo siquiera si el resultado de algunos tests eran referentes al comportamiento inteligente o a algún tipo de comportamiento que los investigadores querían averiguar. El énfasis ha sido puesto en una aproximación a través de técnicas cuantitativas que han restringido las investigaciones a aspectos mensurables pasando por alto conceptos como socialización, internalización de normas e integración social; conceptos esenciales para clasificar la controversia de si la inteligencia es innata o adquirida.

Wolters sostiene que el comportamiento animal es en parte determinado y en parte variable lo que les permite reaccionar con cierta flexibilidad, empleando el término "esquema" para describir ese comportamiento. Dice también que en sus formas más elementales los conceptos son patrones de conducta e incluso los "ideales" son esquemas refinados e ingeniosos. Democracia sería un patrón de comportamiento social de individuos que se relacionan entre si. Wolters sostiene que la condición más favorable para pensar sería aquella en que existiendo esquemas anteriores, estos habrían fallado produciéndose un disturbio en el "set" mental, el conflicto resultante sería intentado resolver replanteando los ya preparados esquemas y encontrando una formulación verbal que describiría adecuadamente la nueva situación.

El proceso a menudo envuelve a otras personas ya que el pensar es un fenómeno social. Una definición de inteligencia basada en el esquema de Wolters podría ligarse más fácilmente a dinámica de grupo y psicoanálisis que el concepto G de Spearman.

Tustin había observado antes que el funcionamiento del organismo sería construyendo un mundo interno semejante al externo, esta construcción equivaldría al "aprendizaje" de los psicólogos de animales, y explicaría los procesos de adaptación mejor que la de los reflejos o "mecanismos de gatillo".

Los procesos de aprendizaje no son específicos, existe generalización, transferencia, no se puede trazar una línea divisoria entre el nivel sensi-motor y el conceptual.

Salvo excepciones los psicólogos no han tomado en cuenta estas teorías al medir la inteligencia. ¿Se considera acaso superficial llamar a algo inteligencia consciente si no se puede medir? Wiseman ya ha comentado que el lento desarrollo de una adecuada teoría del aprendizaje sobre todo en niños y a la pobre atención que se dá a motivaciones conscientes, inconscientes y a actividades dinámicas en general. Los psicólogos de animales, si no se separan ellos mismos de los organismos que estudian no encontrarían tan difícil enlazar la psicología animal a la humana; considerando las motivaciones como no existentes se colocan en una falsa posición.

Si se objeta que la ausencia de una adecuada teoría para los correlatos físicos de la conciencia es obstáculo para su estudio, éstas por otro lado no serán encontradas mientras se le considere fuera de moda y no sean buscadas. Los behavioristas deberán como primer paso hablar abiertamente de conciencia y sería importante que sigan la ruta de Miller, Galanter y Priban, que se hacen llamar "behaviristas subjetivos". El considerar que una explicación que excluya a la conciencia es incompleta produciría hipótesis demostrables concernientes al comportamiento humano en situaciones reales.

Creemos importante explicar que entendemos por conocimiento.

El punto de partida sería el umbral entre organismo vivo y el no vivo. Bertalanffy sugiere que una de las propiedades del organismo vivo es el de preservar formas, Rasheusky ha demostrado que si a coloides se calienta y enfría rápidamente su punto de fusión se rebaja y se considera a la histéresis como sistema coloidales en equilibrio que responden condicionalmente a patrones de transformación temporales y espaciales del medio circundante, comportándose de una manera característica a la adaptación y al aprendizaje. El autor sugiere que en un estado avanzado de organización biológica la conservación de formas y la habilidad para conservar patrones de transformación pueden ser consideradas como (concienpercia) y que pueden ser luego medidas eventualmente por cambios de tono o perturbación en ondas; pero en una fórmula adecuada para el conocimiento se deberán tener en cuenta las ideas de Wiener sobre Gestalt y la de Menger en física sobre las corrientes.

El estudio del organismo en sus aspectos conscientes e inconscientes en lugar de sólo lo "medible" ayudará a clasificar la idea sobre lo heredado, particularmente complicado en e caso de la inteligencia, que será acelerado con un acercamiento más comprensivo, pero por muy atractivo que pueda parecer, la idea de la transmición de caracteres, esto no resolvería el punto por la falta de acuerdo sobre lo que es gene.

Algunos consideran que variaciones genéticas sólo son ocasionales, otros opinan que las influencias ambientale son constantes, ambos punto de vista han encontrado genetistas que lo apoyan, pero en general se acepta que el gene no es una entidad monolítica sino un sistema que bajo ciertas condiciones puede cambiar.

Pero el término gene se emplea en tantas concepciones y hay tal confusión aún entre genetistas que no podemos esperar acuerdo en cuanto a herencia — ambiente incluyendo el problema de la inteligencia.

Para el autor es más difícil separar en el hombre los factores ambientales de los hereditarios que, por ejemplo, en plantas el desarrollo del cooncimiento ha establecido que el hombre pueda transmitir en mayor grado, la experiencia adquirida de una generación a otra la que causa mayores modificaciones en el hombre.

En todo caso es de lamentar que cada uno de los bandos tratan de emplear las evidencias encontradas en favor de sus concepciones anteriores.

En conclusión, algunos problemas de la psicología que son importantes en las relaciones humanas, tales como los de los factores heredados y adquiridos en la inteligencia y el de una comprensiva teoría del aprendizaje, no han sido bien estudiados porque los autores han fallado en realizar una adecuada teoría biológica del pensamiento, limitándose sólo a aspectos mensurables.

El problema debe ser abordado con un acercamiento interdisciplinario que permitirá abordar el problema del conocimiento como estructuras jarárquicas, como un flujo de variables o como una sucesión de campos de fuerza. De esta manera la asociación entre dinámica de grupo, psicoanálisis y psicología experimental clásica puede reforzarse.

MOISES LEMLIJ

SOBRE EL SITIO NOSOLOGICO DEL SINDROME DE COTARD

VILLAMIZAR, F. E.: Revista Colombiana de Psiquiatría, 1:61, (Junio) 1964.

En el artículo se consigna las razones que, según el autor, separan estructuralmente el síndrome de Cotard, de los síndromes depresivos y las razones que lo asimilan a las construcciones parafrénicas.

Luego de señalar las descripciones de Regis, Cotard y Seglas del conjunto morboso caracterizado por: ideas de negación, de inmortalidad, de enormidad, de condenación o aún de transformación metabólica de la personalidad y, accesoriamente, ansiedad, tendencia al suicidio y analgesia; el A. indica como la creencia de los psiquiatras mencionados de que este síndrome de Cotard se presentaba preferentemente en las melancolías fué adoptada en definitiva por la tradición psiquiátrica francesa. Sin embargo en las descripciones de sus propios autores, suele quedar reducido a un delirio (sistema delusional) nihilista con ideas de inmortalidad y enormidad, sin ansiedad ni agitación emocional de marcha crónica y estructura sistematizada. Así el A. plantea que la estructura psicopatológica esencial de los referidos síndromes pertenece al tipo de las estructuras delirantes parafrénicas, como en cierto modo insinúa Ey en su estudio psiquiátrico Nº 16.

Algunos hechos pueden explicar las razones por las cuales estos delirios fueron incluídos en la melancolía: el cuasi desconocimiento de los estados delirantes (las sistematizaciones parafrénicas datan de la octava edición del tratado de Kraepelin), el asimilar las ideas de negación a las hipocondríacas, el equiparar las ideas de inmortalidad y enormidad a las expansiones en el tiempo y el espacio de los delirios melancólicos y la ocurrencia elevada de perplejidad y agitación en las auténticas melancolías. Prescidiendo de estos conceptos formados a base de apariencias anteriores, el A. procede a anotar varios rasgos que concurren a desligar y distanciar este síndrome del círculo melancólico: la ansiedad puede explicarse como una formación secundaria a vivencias de despersonalización y de distorsión del esquema corporal; no existe una intencionalidad dolorosa o sentimiento de culpabilidad endógeno sino frialdad afectiva y anestesia emocional frente al exuberante aniquilamiento ideoverbal que exhibe; al no existir la distimia triste, las ideas de negación parecen tener origen en experiencias delirantes primarias; en cuanto a las ideas de inmortalidad no corresponderían a la deformación sino a la convicción de inexistencia de la temporalidad; las ideas de enormidad no serían extensiones centrífugas en el espacio, como en la melancolía sino incapacitación de la categoría racional espacio; por último, la cronicidad —rasgo fundamental del síndrome-contrasta con la periodicidad, remisibilidad y propensión franca a la mejoría propia de las melancolías.

En resumen las razones que permiten al autor asimilar el síndrome de Cotard a las sistematizaciones parafrénicas son: a) experiencias delirantes primarias con construcciones absurdas, sin sujección a las categorías tiempo y espacio, que otorgan incomprensibilidad al delirio, b) distorsión en la organización e integración del esquema corporal con presencia frecuente de somato-agnosias de identificación c) capacidad de conservar frente a la sintomatología ideo-verbal cierta relación de frialdad y distancia.

MAX HERNANDEZ C.

NOTAS DE ACTUALIDAD

CAPITULO PERUANO DE LA SIP.

A iniciativa del Dr. Carlos Alberto Seguín y con la asistencia de profesores universitarios, psicólogos, psiquiatras, filósofos; educadores, sociólogos, antropólogos y estudiantes universitarios, fué fundado en asamblea realizada el 7 de Octubre pasado en el salón de Grados de la Facultad de Letras, el Capítulo Peruano de la Sociedad Interamericana de Psicología; habiéndose tomado entre los acuerdos más importantes el de nombrar una comisión organizadora conformada por los Drs. Carlos Alberto Seguín, Arnaldo Cano, Baltazar Caravedo, José Russo, Gustavo Saco y Reinaldo Alarcón y delegar su representación en el Congreso al gestor de este movimiento.

CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA.

Como se sabe el Noveno Congreso de la SIP, se llevó a cabo en Miami, Estados Unidos, la semana comprendida entre el 17 y 22 de Diciembre, habiendo tomado posesión de la presidencia de dicha institución el Dr. Carlos Alberto Seguín, quien diera con tal motivo el discurso de orden y participara activamente en el evento. Dicha elección honra a nuestro Departamento y más aún el encargo que le hiciera la Sociedad Interamericana de Psicología de organizar el Décimo Congreso a llevarse a cabo el próximo año en nuestra ciudad. A dicho Congreso también concurrió el Dr. Hilarión Tovar, Psicólogo de nuestro Departamento, quien presentó el trabajo: "Actitud del Estudiante de Medicina frente al Grupo Formativo". Concluído el certámen, dicho profesional, tuvo oportunidad de recibir algunos cursos de la especialidad en la Universidad de Miami.

VIAJE DE AMPLIACION DE ESTUDIOS.

Bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Oscar Vadivia Ponce, emprendió el mes pasado una visita a los Centros de Entrenamiento de

Graduados en Psiquiatría de las Universidades de Harvard, Yale, Minnesota, Nort Western de Illinois y del Boston Psychopatic Hospital, en los Estados Unidos y además los centros psiquiátricos en conexión con la Universidad de Mac Gill de Montreal, Canadá. Luego, haciendo uso de una beca especial concedida por 6 meses, estudiará las técnicas de investigación en Psiquiatría Social en la Universidad de Yale al lado del profesor H.C. Redlich.

DISTINCION A PROFESORES DEL DEPARTAMENTO.

La Escuela de Graduados de la Facultad de Mediciha ha nombrado Director y Supervisores Especializados para la especialidad de Psiquiatría a los Drs. Carlos Alberto Seguín, Oscar Valdivia Ponce, Sergio Zapata. José Alva y Rubén Ríos Carrasco respectivamente, quienes son destacados miembros de nuestro Departamento.

CURSO PARA PROFESORES UNIVERSITARIOS.

Con la colaboración de prestigiosos profesores de diferentes universidades del país y del extranjero, la Facultad de Educación de la Universidad Nacional de San Marcos ha preparado un curso especial de Pedagogía Universitaria para los meses de Enero, Febrero y Marzo, en el que ha sido invitado el Dr. Carlos Alberto Seguín para dictar el capítulo de Higiene Mental.

CURSO DE PSICOLOGIA PARA OBSTETRICES.

De acuerdo con la política de amplia colaboración con las Instituciones Universitarias, el Dr. José Alva Quiñones dictó el curso de Psicología Obstétrica para las estudiantes de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina.

PARTICIPACION EN LA ENSEÑANZA DE OTROS DEPARTAMENTOS.

A petición del Departamento de Medicina, Clínica II, y en representación del Departamento de Ciencias Psicológicas el Dr. Rubén Ríos Carrasco participó en el Simposium organizado acerca de las Toxicomanías, ocupándose de los aspectos psicológicos de las mismas, la personalidad de los toxicómanos y los problemas de manejo que presentan y en el que trató de las Intoxicaciones Agudas, desarrollando el tema de las intoxicaciones agudas originadas por psicofármacos ya sea en forma accidental o provocada y las técnicas de su prevención y tratamiento.

PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES EN LA ANEM.

El programa de actividades especiales preparado por la Asociación Neuro-Psiquiátrica de Estudiantes de Medicina para el mes pasado contó con la participación del Dr. Hilarión Tovar, quien presentó el trabajo: Dinámica de grupos individuales en estudiantes de Medicina. Una semana más tarde los Drs. Max Silva, Rosario

Panéz de Silva, Raúl Morales y Teodoro del Pozo, se ocuparon del "Curanderismo en Lima como procedimiento para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas".

El 29 del mismo mes el Dr. Luis Deza, de la Asignatura de Neuroanatomía, expuso un compendio de su Tésis de Bachiller: "El Síndrome del Arañazo del Gato".

AGRADECIMIENTO.

La Dirección de la Revista juzga necesario hacer público su reconocimiento al Dr. Roberto Villalón Rodríguez por la diagramación artística y la composición de la carátula, cuyo buen gusto ha sido materia de elocuentes comentarios.

GENTIL INVITACION.

El profesor Ramón Sarró, Director de la Escuela Profesional de Psiquiatría, nos encarga invitar a los interesados en seguir cursos de especialización en su Instituto, se sirvan dirigirse a la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona para mayores informes.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina, Av. Grau s/n. Lima, Perú, ó a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción, merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía.*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas i remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*
5. *Deberán terminar con un breve resumen en español e inglés.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La revista no se hace responsable por las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00 en el extranjero $ 1.50

Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00 en el extranjero $ 6.00

Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Av. Grau s/n. Ap. No. 529

COMISIONES DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DOCENCIA PRE-GRADO	Encargado	: *Dr. Max Silva*
	Colaboradores	: *Dr. José Alva*
DOCENCIA PARA GRADUADOS	Encargado	: *Dr. Oscar Valdivia*
	Colaboradores	: *Dr. Renato Castro*
		Dr. Rubén Ríos
TRABAJOS CIENTIFICOS E INVESTIGACION	Encargado	: *Dr. Sergio Zapata*
	Colaboradores	: *Dra. Elia Izaguirre*
		Dr. Rubén Ríos
ACTIVIDADES CIENTIFICAS CONGRESOS, CONFERENCIAS, etc. .	Encargado	: *Dr. A. Colmenares*
	Colaboradores	: *Dr. Max Arnillas*
		Dr. Sergio Zapata
		Dr. Oscar Ríos
MATERIAL DE ENSEÑANZA	Encargado	: *Dr. José Alva*
	Colaboradores	: *Dr. Max Silva*
		Dra. A. Sánchez
		Dra. Elia Izaguirre
		Dr. Carlos Gutiérrez
		Dr. Roberto Villalón
PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA ..	Encargado	: *Dr. Rubén Ríos*
	Colaboradores	: *Dr. Hugo Díaz*
		Dr. Max Silva
		Dr. Roberto Villalón
VIAJES Y BECAS	Encargado	: *Dr. Alberto Péndola*
	Colaboradores	: *Dr. Oscar Valdivia*
		Dra. Elia Izaguirre
		Dr. Oscar Ríos
RELACIONES PUBLICAS	Encargado	: *Dr. Max Arnillas*
	Colaboradores	: *Dr. Max Silva*
		Dr. Alberto Péndola
		Dr. A. Colmenares
		Dr. Rubén Ríos
GRUPOS DE TRABAJO	Encargado	: *Dr. Renato Castro*
	Colaboradores	: *Dr. Juan A. Robles*
		Dr. H. Napurí


TALLERES GRAFICOS
P.L. VILLANUEVA S.A.